

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

ARTHRITE DOUBLE CRICO-ARYTÉNOÏDIENNE
GRIPPALÉ

Par **MOUNIER** (de Paris).

L'observation détaillée que nous présentons est, croyons-nous, une preuve indiscutable de l'existence des arthrites du larynx, mises cependant en doute, encore par quelques confrères, qui voient, dans les cas semblables au nôtre, des névropathies plutôt que des arthropathies.

Ici le doute ne saurait exister, car la maladie très infectieuse, dont a été atteint notre jeune sujet, a débuté manifestement par les articulations crico-aryténoidiennes, a cédé *localement* à l'emploi du salicylate de soude et à la révulsion, pour se continuer par une bronchopneumonie et finir par de la péricardite.

Le 25 mars dernier, j'étais appelé en hâte par son médecin, auprès d'un petit malade de 9 ans, fils d'un confrère. Cet enfant avait été pris la veille au soir d'un léger mal de gorge et de quelques frissons après le dîner. Le père, constatant un peu de fièvre et de rougeur de la gorge, fit coucher son fils sans s'occuper autrement de cet incident qui se renouvelle assez fréquemment chez ce patient, très susceptible du côté des voies respiratoires supérieures.

Dans le courant de la nuit, la douleur à la déglutition et la gêne respiratoire augmentaient au point de devenir inquiétantes.

Les cataplasmes sinapisés au-devant du cou, une potion calmante, n'avaient rien produit, et quand j'arrivai, on administrait

depuis plusieurs heures de l'oxygène. La température était de 40° à ce moment.

Je trouve un enfant avec un teint plombé, des lèvres bleuâtres, un tirage considérable et les inhalations l'avaient, paraît-il, amélioré.

Aucune matité aux poumons où l'on n'entend que le retentissement du bruit laryngien ; pas de ganglions au cou, mais une douleur très vive à la moindre pression sur les côtés du cricoïde. La phonation est douloureuse de même que la déglutition ; la voix est complètement éteinte.

La gorge est rouge, tapissée de sécrétions muqueuses, le nez est obstrué par gonflement de la pituitaire.

L'examen du larynx au miroir, chez cet enfant, très docile, est relativement facile. Les aryténoïdes sont gros, rouges comme du reste tout le larynx (cordes vocales comprises) ; l'épiglotte est saine, on ne voit aucune trace d'œdème dans toutes ces parties, et c'est du côté de la glotte proprement dite que résident toutes les causes de la gêne respiratoire et des accès d'étouffement.

Les aryténoïdes, manifestement plus gros que dans la normale, sont absolument accolés l'un à l'autre ; aucune tentative d'inspiration ou de phonation de la part de notre jeune malade n'amène leur plus petit déplacement. Ils sont sur le même plan horizontal et la glotte cartilagineuse est complètement fermée. L'épiglotte bien relevée me permet de voir la presque totalité des cordes vocales que les bandes ventriculaires laissent à découvert comme dans un larynx normal. Les cordes sont relâchées, ne se touchant que par leurs deux extrémités et laissant entre elles un tout petit espace linéaire, seul endroit du larynx par où passe l'air dans l'inspiration et l'expiration, en faisant trembler le bord libre.

La situation, comme on le voit, était fort critique, car si nous n'avions pas là du croup d'emblée, comme on le craignait avant cet examen, ou même de l'œdème de la glotte, nous nous trouvions en présence de troubles laryngiens pour ainsi dire plus graves ! Les inhalations d'oxygène apportaient beaucoup de calme et semblaient supprimer les crises d'étouffement mais la respiration n'en restait pas moins très gênée avec un tirage considérable.

En présence de la douleur si vive à la déglutition et dans les efforts de phonation sans rien pour l'expliquer dans le *pharynx*, je rapportai forcément le tout à l'état des articulations crico-aryténoïdiennes. Je trouvais en effet de ce côté du *gonflement* (vu au laryngoscope) de l'*immobilisation* absolue avec défense musculaire

probable (contractures des ary-aryténoïdiens) de la douleur au niveau des articulations, à ce point, qu'on pouvait à peine effleurer les régions latérales du cricoïde sans faire pousser un cri à l'enfant.

Mon diagnostic fut *arthrite des articulations crico aryténoïdiennes*, et fermeture consécutive et permanente de la glotte.

La thérapeutique était alors tout indiquée : *révulsion* énergique sur les points atteints de fluxion et *médication antirhumatismale*. On appliqua de suite un vésicatoire carré de 3 centimètres de côté au niveau de chaque point douloureux et il fut laissé en place 6 heures ; la quantité de salicylate de soude fut de 1 gramme par jour en trois fois. Cela se passait à 7 heures du soir, et sous l'influence de la médication, la nuit était bonne, sans crises d'étouffement. La gêne respiratoire allait en diminuant jusqu'au soir le lendemain, et la déglutition devenait de plus en plus facile, la voix restait toujours enrrouée.

Toute crainte de trachéotomie devenait alors vaine, et je pus ne revoir l'enfant que le surlendemain au matin.

La fièvre à cette date persiste toujours quoique moindre : 38°5 ; la respiration est calme, le malade a la figure reposée, la voix est encore voilée, surtout par moments. La déglutition n'est pas douloureuse, la pression sur les parties latérales du cricoïde est peu sensible.

Le fond de la gorge est encore rouge, la muqueuse nasale tuméfiée et très sécrétante. Le laryngoscope nous montre des cordes mobiles des aryténoïdes moins volumineux et pouvant se déplacer sous les efforts d'inspiration et de phonation ; l'état catarrhal de tout le larynx est très marqué et je fais faire à l'enfant des fumigations de benjoin, eucalyptus et menthol.

Je n'ai plus revu mon petit patient que le 17 avril. Son infection grippale avait continué par d'autres organes : une broncho-pneumonie intense avait suivi de peu de jours l'inflammation crico-aryténoïdienne, et s'était terminée par une péricardite des plus graves.

L'examen du larynx m'a montré des cordes un peu rosées, des aryténoïdes normaux et un fonctionnement parfait des muscles laryngiens. La voix était du reste très claire.

CONCLUSIONS

Comme on le voit par cette observation fidèlement résumée et qui confirme celles déjà publiées antérieurement, l'asphyxie menaçante, notée dès le début de la poussée inflammatoire laryngienne, a pu être conjurée par des moyens simples, qui ont évité la trachéotomie à cet enfant. A notre avis, dans un cas semblable, ils doivent être suffisants le plus souvent. A défaut d'examen laryngoscopique par lequel le diagnostic peut être sûrement fait, et qui est rarement impossible chez les jeunes enfants, nous estimons, comme notre collègue Escat qui vient de faire paraître un travail sur ce sujet, que :

- 1° La douleur très vive à la *déglutition* ;
 - 2° La douleur très vive *dans les efforts* de phonation ;
 - 3° La douleur insupportable à la moindre pression sur les parties latérales du cricoïde sont pathognomoniques, quand elles se présentent avec les autres symptômes : aphonie, crises d'étouffement, fièvre, début presque brusque de l'affection.
-

UN CAS D'ULCÉRATION ÉPITHÉLIOMATEUSE TRÈS ÉTENDUE DE LA FACE AVEC DESTRUCTION DU NEZ

Par **R. HAHN** (de Turin)

Quoique les cas d'épithélioma de la face soient assez fréquents, je crois qu'il a rarement été possible d'observer une destruction aussi complète du nez et de la partie moyenne du visage que dans le cas formant l'objet de cette note.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un paysan, R. C., cultivateur âgé de 77 ans, marié, père de quatre enfants. Rien dans les antécédents. Il affirme n'avoir jamais été malade jusqu'à l'âge de 57 ans, a été soldat et a fait toutes les campagnes de 48. Très robuste, il a toujours travaillé jusqu'à l'année dernière, n'a jamais fumé, ni chiqué, ni prisé, mais a beaucoup bu.

L'affection débuta il y a exactement vingt ans sous forme d'une petite nodosité revêtue de croûtes, située dans le sillon naso-labial droit, immédiatement à la base de l'aile du nez et donnant lieu a quelques démangeaisons et cuissons. Peu à peu la petite nodosité s'ulcéra et, malgré des cautérisations et des curettages réitérés, s'étendit bientôt à toute l'aile droite du nez, et de là, dans l'espace de cinq à six ans, à toute la surface cutanée superficielle du nez. On fit alors une première rhinoplastie avec un large lambeau frontal dont on voit nettement la cicatrice sur la photographie. Tout alla bien pendant six mois, mais bientôt l'affection reprit sa marche envahissante, de sorte qu'après six ans on se décida à une nouvelle rhinoplastie selon la méthode italienne. Cette opération n'eut pas plus de succès que la première et après quelques mois tout était à recommencer. Depuis lors, le malade ne voulut plus suivre aucun traitement, et comme sa santé générale était relati-

vement très bonne il continua son travail habituel. Il y a à peu près un an, comme la tumeur avait détruit la lèvre supérieure, le rebord alvéolaire des deux maxillaires supérieurs et une petite partie du palais osseux, qu'il éprouvait de la difficulté masticatoire et qu'il ne pouvait plus s'alimenter convenablement ; qu'en outre il commençait à souffrir de vives douleurs irradiées à toute la sur-



face ulcérée, il se retira dans un hospice. Là le traitement, naturellement palliatif, se borna à des applications journalières et répétées d'orthoforme en poudre qui non seulement furent supportées sans aucun inconvénient, malgré l'étendue de la lésion, mais encore soulagèrent complètement le malade. J'eus l'occasion de voir et de photographier le malade quelques temps après son entrée à

l'hospice où il mourut avec des phénomènes pulmonaires il y a quelques mois. L'ulcération, de forme irrégulière, à bords polycycliques, atteint en haut à peu près le tiers de la hauteur du front;



en bas les deux commissures labiales qu'elle dépasse de 2 centimètres à droite; des deux côtés elle intéresse le grand angle de l'œil, et plus bas, elle s'étend, à droite, jusqu'à l'arcade zygoma-

tique, à gauche, jusqu'à la fosse canine. Les bords sont durs, taillés à pic, avec un bourrelet d'extension assez prononcé. Le fond est granuleux, rougeâtre et sécrète un liquide plutôt visqueux. La lèvre supérieure, le rebord alvéolaire des maxillaires supérieurs jusqu'au point d'implantation des premières molaires, et une bonne partie du palais osseux ont été détruits.

L'ulcération qui, à sa circonférence, est relativement superficielle et n'a détruit que le tissu cutané, s'est, comme on le voit, beaucoup approfondie vers le centre où elle a mis complètement à découvert les os propres du nez et la paroi antérieure du sinus maxillaire droit, qui présente une ouverture de la dimension d'une pièce d'un centime. Il manque à peu près un centimètre de l'extrémité antérieure des os propres du nez, et une certaine partie de la branche montante des maxillaires supérieurs; la destruction est toujours plus prononcée à droite, où le canal lacrymal a complètement disparu, tandis que celui de gauche est conservé.

L'examen de l'intérieur des fosses nasales est d'un intérêt particulier et se fait facilement à la lumière directe. On dirait une section transversale légèrement oblique vers la droite et correspondant à l'extrémité antérieure de deux cornets moyens. Seule la cloison proémine un peu : légèrement déviée à droite, un peu épaissie et ulcérée à son extrémité. A droite le processus a détruit à peu près le tiers antérieur du cornet inférieur, qui présente une surface transversale ulcérée et granuleuse, tandis qu'à gauche il ne manque qu'une petite partie du cornet correspondant. Les deux cornets moyens sont intacts, celui de gauche tout à fait normal, tandis que le droit légèrement atrophique, mais très convexe, s'accôle à la cloison. Profondément la muqueuse nasale a un aspect tout à fait normal, et ne présente aucun signe d'altération. Le plancher est légèrement plus élevé à droite qu'à gauche.

Tout l'intérieur des fosses nasales est accessible directement à la vue, mais beaucoup plus à droite qu'à gauche, soit à cause de la convexité du cornet moyen, soit à cause de la destruction, beaucoup plus avancée de ce côté, de la branche montante du maxillaire et du cornet inférieur. On peut donc voir directement à droite le méat moyen, la bulle ethmoïdale très petite, un large hiatus semilunaire. Il est impossible de distinguer l'ouverture du sinus maxillaire, cachée par un processus uncinatus très marqué, mais derrière et un peu en dessous de ce dernier on aperçoit une petite ouverture, grosse comme la tête d'une épingle qui n'est autre chose que l'ostium maxillaire accessoire.

L'ouverture pathologique de l'antré, dont j'ai parlé plus haut,

est située vers la partie interne de la face antérieure du sinus, à peu près à la hauteur de l'insertion du cornet inférieur au maxillaire. A travers cette ouverture, non seulement on voit fort bien les parois internes du sinus, parois recouvertes de muqueuse pâle, mince, apparemment saine, et qui ne semble absolument pas avoir pris part au processus morbide, mais on peut aussi avec une sonde flexible sonder les deux orifices naturels du sinus, sondage qui, du reste, se fait fort facilement par la voie nasale.

Aucune trace de pus ou de sécrétion anormale soit dans les fosses nasales, soit dans le sinus, et un sondage très aisé du sinus frontal à droite, et du sinus sphénoïdal à gauche n'a révélé aucune altération de ces cavités.

La muqueuse orale et pharyngienne ne présente rien de particulier. Légère conjonctivite bilatérale mais plus marquée à droite. Un examen très minutieux ne révèle aucune trace d'adénopathies.

Malheureusement, il fut impossible de faire un examen histologique de la tumeur, cependant l'aspect clinique, la marche si lente du processus, la localisation spéciale de l'ulcération à la partie supérieure de la face, la condition de ses bords taillés à pic, durs, polycycliques, avec bourrelets d'extension assez marqués ; la disproportion entre l'étendue de l'ulcération et sa profondeur jusqu'à une période avancée ; l'absence complète d'adénopathie et de métastases apparentes sont des faits qui nous font penser de suite à une forme épithéliomateuse superficielle, et plus précisément à la variété connue sous le nom d'*ulcus rodens* de certains auteurs anglais : *ulcus rodens* qui, suivant Hallopeau et Jousset, peut exceptionnellement devenir profondément destructif.

Le cas m'a semblé digne de quelque intérêt non seulement à cause de sa longue durée et de sa marche progressive relativement si superficielle, mais aussi à cause de l'inutilité absolue de deux opérations autoplastiques qui cependant avaient été poussées à fond, et de la grande résistance opposée par les muqueuses du nez et du sinus à l'extension de l'affection.

D'après les conditions anatomiques on aurait pu s'attendre à première vue à trouver chez le malade un langage à peu près incompréhensible, mais je fus fort étonné de ne rencontrer que quelques défauts d'articulation, naturellement dans les consonnes. Probablement durant la lente destruction de la lèvre

et du rebord alvéolaire supérieur il y a eu un lent procédé d'adaptation inconsciente de la langue et de la lèvre inférieure, qui arrivèrent peu à peu à suppléer en grande partie les organes détruits.

Tandis que les voyelles *a*, *e*, *i*, sont articulées nettement et clairement, dans l'*o* et l'*ou* (*u* italien) la lèvre inférieure se relève sensiblement en se portant à gauche, de manière à rétrécir le plus possible l'orifice buccal et à obtenir l'allongement du tube résonateur nécessaire à la prononciation de ces voyelles; l'articulation de ces trois voyelles est accompagnée d'un souffle bruyant et sifflant.

Les consonnes *f* et *v*, sont impossibles à prononcer et remplacées par un léger sifflement; *b* et *p* sont aussi remplacées par un souffle plutôt nasal, la pointe de la langue et la lèvre inférieure venant s'appliquer le plus haut possible contre le palais osseux. L'*m* et l'*n* sont à peu près normales, la fermeture étant faite par la langue et la lèvre inférieure. Normales aussi le *t* et le *d*, la fermeture se faisant très en arrière entre le palais osseux et la face inférieure de la langue. L'*l* à peu près le son et la formation de *l* anglaise, c'est-à-dire que la pointe de la langue touche le palais osseux à peu près à son union avec le voile. L'*r* est gutturale, l'*s* est gargouillée. Le *c*, *g*, *k*, sont normales. En somme, généralement toutes les positions d'articulation qui, normalement, devaient se faire en avant ont été reportées en arrière et le premier district d'articulation a été autant que possible remplacé par le second. Je n'ai pas pu approfondir autant que je l'aurais voulu cette étude, car le malade était sombre et taciturne et ne se laissait examiner que très à contre-cœur: c'est pourquoi je ne puis citer qu'en passant ces troubles d'articulation, qu'il aurait été intéressant de vérifier à fond, étant données les conditions anatomiques qui favorisaient cet examen.

III

TUBERCULOSE LARYNGÉE ET AIR MARIN ⁽¹⁾

ÉTUDE DE CLIMATHÉRAPIE

Par le Dr **MASSIER** (de Nice).

De toutes les fleurs, la fleur humaine
est celle qui a le plus besoin de soleil.
(MICHELET).

De nombreux travaux sont publiés chaque année sur la prophylaxie, le traitement général de la tuberculose pulmonaire, et bien peu, jusqu'à aujourd'hui, se sont occupés des conditions hygiéno-diététiques de la cure de la tuberculose laryngée, cette complication pourtant si fréquente de la bacillose pulmonaire. Doit-on supposer de cet oubli que les bénéfices de la cure d'air, de soleil, de suralimentation et de repos doivent être refusés à cette affection primitive ou secondaire, qui deviendrait, par ce fait seul, justiciable uniquement d'un traitement local, médical ou chirurgical. Nous savons bien cependant qu'il y a, à côté du traitement local de la laryngite tuberculeuse, des agents naturels qui sont indispensables pour assurer une guérison complète. C'est de l'emploi raisonné de ces agents essentiels qu'on peut retirer des bénéfices de cure admirables.

I. A. — TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE DANS LES SANATORIA ÉTRANGERS. — C'est en se basant sur ces principes que dans les sanatoria, de Falkenstein, de Davos, d'Arosa, d'Hohenhofen, etc., on s'est attaché depuis quelque temps à étudier quels étaient les avantages que les malades, atteints de lésions laryngées, pouvaient retirer de la rigoureuse observa-

⁽¹⁾ Communication à la Société Française d'Otologie et de Laryngologie, Session de mai 1901.

tion des règles sévères de traitement mises en pratique dans ces établissements. L'évolution d'une laryngite tuberculeuse est, le plus souvent, sous la dépendance de la tuberculose pulmonaire et l'amélioration qui, sous l'influence de la cure d'altitude se manifeste aux poumons, sera ressentie aussi au larynx. Le Prof. G. Sée ⁽¹⁾, dans son traité de la *Phtisie bacillaire des poumons* dit, en effet, qu'il n'y a pas de différence entre le traitement général de la laryngite tuberculeuse et celui de la phtisie pulmonaire; et il prétend qu'en raison de la situation de l'organe vocal, la tuberculose du larynx a plus de chances de guérison que celle du poumon.

A la réunion de la Société italienne d'otologie et de laryngologie, à Naples, en avril 1900, le Prof. V. Cozzolino ⁽²⁾ a aussi attiré l'attention sur les ressources précieuses qu'offrait, au malade atteint de tuberculose des premières voies aériennes, nez, pharynx, larynx, un séjour raisonné dans un sanatorium de montagne. « Chez le tuberculeux, en particulier, dit-il, l'amélioration de l'état général, produite par l'ensemble des actions du climat d'altitude, sans le secours d'aucun médicament, rend la cellule capable de lutter contre l'action pathogène du bacille. Tous ces avantages tournent au plus grand profit des lésions bacillaires des premières voies respiratoires, et c'est à l'action du traitement physioiatrique, au repos, à la suralimentation, plutôt qu'à tout autre soin local (à moins qu'il ne s'agisse de tumeurs ou d'ulcérations) qu'on est redevable de guérisons de tuberculoses laryngées. » Les statistiques nombreuses des médecins de sanatorium, de Turban à Davos, de Bezold à Falkenstein, sur les avantages que retire la tuberculose du larynx de la cure hygiénique, sont des plus convaincantes. On tend de plus en plus à accorder à la bacillose laryngée les bénéfices qui étaient réservés uniquement à la tuberculose pulmonaire, car on ne croit plus, aujourd'hui, que le climat de montagne et de grande altitude est défendu aux tuberculoses laryngées, primitives ou secondaires. Il y a, il est

(1) Germain Sée, cité par GOUGUENHEIM. — *In phtisie laryngée*, p. 325.

(2) Prof. V. COZZOLINO. — *I Tubercolotici polmonari in rapporto al sanatorio di montagna. Archivio italiano di otologia*, vol X, 1900, p. 129.

vrai, des contre-indications à la cure de sanatorium et tout au plus peut-on exclure de ce traitement les tuberculeux du larynx à lésions ulcéreuses trop avancées, ou ceux qui atteints de laryngopathies bacillaires ont une tendance aux congestions incompatibles avec le séjour sur les hauteurs.

B. — DE LA POSSIBILITÉ DE LA CURE HYGIÉNIQUE DANS NOS CONTRÉES ; SANATORIA LOCAUX. — Mais il n'est pas besoin d'aller chercher dans des pays étrangers des conditions hygiéniques que nous possédons en France ; et nous pouvons facilement combiner les richesses de notre sol avec les avantages atmosphériques du climat méditerranéen. Notre distingué confrère et ami, le Dr G. Sersiron, avait déjà condamné l'habitude qu'ont certains médecins français d'envoyer leurs tuberculeux dans des sanatoria d'altitude des pays voisins : « Aujourd'hui, en effet, dit-il ⁽¹⁾, on entend retentir de tous côtés les louanges des sanatoriums allemands et suisses, et pendant que la presse médicale publie des statistiques admirables sur les résultats obtenus à Falkenstein ou à Davos, que les Congrès retentissent des résultats étonnants dus à des climats pour la plupart incertains, mais tous exotiques, on oublie trop qu'il y a chez nous, plus que partout ailleurs : l'air pur, le soleil, la douceur et l'égalité de la température, voire même l'altitude, c'est-à-dire les armes nécessaires pour combattre l'ennemi. Il s'agit de savoir profiter de toutes ces ressources ». De même, deux de nos confrères de Rome, Ferreri et Rosati ⁽²⁾, ont tout récemment formulé les indications du traitement hygiénique de la tuberculose laryngée et s'élèvent aussi contre la tendance que l'on a, en Italie, de diriger les malades dans des sanatoria d'altitude éloignés, alors que le climat, la température, le sol de l'Italie, « ce beau pays des montagnes fleuries et des tiédeurs marines » offrent des avantages tout au moins égaux sinon supérieurs à ceux des stations de la Suisse et de l'Allemagne.

C. — DU CLIMAT HIVERNO-MARIN. — L'engouement actuel pour les sanatoria d'altitude a fait momentanément oublier que,

⁽¹⁾ G. SERSIRON. — Les phthisiques adultes et pauvres en France, en Allemagne et en Suisse. *Th. de Paris*, 1898, p. 11.

⁽²⁾ FERRERI et ROSATI. — La laringologia nella difesa sociale contre la tubercolosi. *Arch. italiano di otologia*, vol. X, 1900, page 177.

jusqu'à ce jour, on s'était presque exclusivement adressé au climat marin pour la cure de la tuberculose, et que les résultats que l'on obtenait, alors que l'on ne parlait pas encore beaucoup de suralimentation, de repos, etc., etc... n'étaient pas sensiblement inférieurs à ceux que procure la cure raisonnée dans un climat de montagne.

Nous savons mal, en France, mettre en valeur les richesses que nous possédons et nous ne pensions pas que le littoral méditerranéen, si justement réputé, eût à souffrir d'une concurrence possible. Les pronateurs de la cure d'altitude n'ont pas ménagé leurs attaques contre le climat marin du sud-est de la France ; et il a fallu l'autorité du Prof. Landouzy pour réduire à néant ces assertions erronées formulées en plein Congrès de Berlin. Répondant à ces accusations dirigées contre le climat méditerranéen au profit des sanatoria de la Suisse et de l'Allemagne, œuvres quelquefois moins humanitaires que spéculatives de capitalistes allemands, le Prof. Landouzy, affirmait dans ce même Congrès de Berlin, en mai 1899, que : « toutes les adjuvances thérapeutiques qu'apporte à la vie de sanatorium le climat hiverno-marin, toutes ces adjuvances agissant autant sur le physique que sur le moral de ses malades, le médecin trouvera à les graduer, à les nuancer dans toute une série de stations qui ne se pressent nulle part aussi renommées que le long des contreforts des Alpes-Maritimes. C'est là de Hyères à Cannes, Beaulieu, Nice, Menton que le tuberculeux trouvera dans une gamme complète de quoi remplir l'infinie variété des indications thérapeutiques, de quoi réaliser, dans son home sanatorium, une cure de repos idéale sous un ciel lumineux, dans une température douce, en face de la Méditerranée dont on ne se lasse jamais ⁽¹⁾ ». Depuis longtemps déjà, J.-H. Bennet, Daremberg avaient fait valoir toutes les ressources que le climat méditerranéen met au service du tuberculeux et Dujardin-Baumetz disait, avec raison, que l'air marin ne peut avoir qu'une action favorable sur la tuberculose, surtout aux premières périodes de la maladie. « Je ne connais pas, disait-il, de

(1) Prof. LANDOUZY. — Congrès de Berlin, cure de sanatorium simple et associée ; in *Presse médicale* du 27 mai 1899.

plus puissant excitant de la nutrition et, en particulier, des fonctions digestives que l'air de la mer, et comme c'est dans l'activité de ces fonctions que je place la clef de la cure de la tuberculose, je suis donc disposé à admettre que cet air est favorable. »

D. — DU SANATORIUM HIVERNO-MARIN. — La configuration géographique de nos côtes méditerranéennes permet d'associer aux trois conditions de traitement de Detweiler : repos étendu, suralimentation, respiration à l'air libre, les vertus climatériques du littoral méditerranéen. Le sanatorium hiverno-marin fermé commence à se répandre, le home sanatorium a été pratiqué de tout temps, moins strictement toutefois que ne le réclame la cure actuelle de la tuberculose. Nous ne croyons pas que le tuberculeux puisse actuellement trouver d'endroit meilleur pour la cure de son affection que le sanatorium de Gorbio, près de Menton, à 400 mètres de hauteur, dans un site admirable et d'une exposition exceptionnelle, en plein soleil, en face de la mer, mais assez loin (3 kilomètres) pour ne pas en subir l'influence directe, où les directeurs, nos distingués confrères et amis, les D^{rs} Malibran et Appenzeller, ont su apporter tous les desiderata hygiéniques possibles et des conditions de cure supérieures à celles des sanatoria d'altitude. Près de Nice, à Cimiez, dans un site admirable a été fondé, il y a quelques années, le sanatorium israélite pour tuberculeux pauvres ⁽¹⁾, où, sous la direction médicale de notre excellent confrère, le D^r Bar, le malade est soumis au traitement hygiénique et diététique, traitement antibacillaire, traitement médical des complications intercurrentes. Les résultats y sont des plus satisfaisants : 25 % de guérisons absolues ou relatives ; 69 % d'améliorations. Malheureusement, le nombre des malades admis est très restreint et s'adresse presque exclusivement à des malades allemands et israélites. Des œuvres utiles comme celles-ci devraient se répandre pour les poitrinaires nécessiteux.

Au Cannet, près de Cannes, notre éminent et actif confrère,

(1) BAR. — Le sanatorium israélite de Cimiez ; in *Thèse* de Sersiron et *Œuvre antituberculeuse*, n° 2, 31 juillet 1900.

le Dr Vaudremer ⁽¹⁾ a créé « sur une colline, loin de toute habitation, dans une villa d'où l'on domine la baie tout entière », une colonie agricole où des jeunes gens, retirés des hôpitaux de Paris, convalescents de tuberculose pulmonaire, après avoir reçu les soins nécessaires à leur état, sont initiés à l'agriculture, à l'horticulture et vont pouvoir ainsi, à leur sortie du sanatorium, vivre en plein air, loin des villes, où ils avaient vécu jusqu'à ce jour et où la rechute de leur affection eût été inévitable s'ils étaient allés y reprendre leur profession antérieure. A Hyères, fonctionne le sanatorium Alice Fagniez, où sont hospitalisées des jeunes filles et des femmes atteintes de tuberculose au premier degré. A Arcachon, depuis longtemps déjà, notre distingué confrère, le Dr Lalesque, nous fournit des statistiques des plus encourageantes et son sanatorium a pu servir de modèle à beaucoup d'autres œuvres humanitaires de ce genre. Tous ces établissements accusent des résultats au moins égaux sinon supérieurs à ceux des sanatoria d'altitude ; et c'est probablement à l'action de l'air marin que l'on doit des guérisons plus rapides et plus sûres.

II. A. — DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE AU BORD DE LA MER.

— Mais parmi tous ces tuberculeux pulmonaires, nombreux sont ceux qui sont en même temps porteurs de manifestations laryngées et qui, sous l'action du climat marin, voient souvent leur affection évoluer vers la guérison. Nous nous sommes, en effet, demandé pourquoi les larynx tuberculeux ne tireraient pas du séjour au bord de la mer les mêmes bénéfices que la tuberculose pulmonaire. Nous avons minutieusement étudié tous nos bacillaires du larynx dans leurs rapports avec cet air marin et nous avons pu nous convaincre de ce fait, qu'il existe, à propos de l'influence du climat marin dans les laryngopathies tuberculeuses des erreurs qu'il faut détruire et des vérités qu'il faut affermir.

B. — CE QU'ENSEIGNENT LES CLASSIQUES. — Consultons en effet, les traités des maladies du larynx et nous serons étonnés

(1) VAUDREMER. — Œuvre de la colonie agricole du Cannet ; in l'*Œuvre antituberculeuse*, n° 1, 30 avril 1900.

de la diversité des opinions émises sur l'action de l'air de la mer dans les affections tuberculeuses du larynx. Certains auteurs nous disent : « Il ne faut pas que le tuberculeux du larynx fasse de séjour au bord de la mer », et cela sans entrer dans plus de détails comme si toutes les périodes de cette affection étaient vouées au même sort. Pour eux, il n'y a, *grosso-modo*, que des contre-indications à la cure marine, alors que les résultats viendront nous fournir la preuve du contraire. Pour d'autres auteurs, le climat côtier est salubre, efficace et le tout est de savoir choisir selon le genre de malades, selon la période de la maladie, l'endroit le plus propice pour la cure. Ceux-ci sont dans le vrai et il serait utile qu'ils précisent, d'une façon plus nette, les indications et les contre-indications spéciales à chaque période. Dans d'autres livres, ce ne sont pas les plus rares, l'on recherchera en vain un renseignement sur l'action du climat marin dans les manifestations bacillaires des voies aériennes respiratoires : les auteurs omettent, volontairement peut-être, de se prononcer sur une question que la clinique et l'expérimentation n'ont pas suffisamment éclaircie. Il ne suffit pas, en effet, pour écrire quelque chose de l'avoir lu chez les devanciers, sans s'être assuré de la véracité de ce que l'on avance et c'est ainsi que souvent il s'imprime, depuis des temps, des erreurs qui sont fortes de leur ancienneté et de l'autorité de ceux qui les émettent sans aucun contrôle scientifique ou clinique.

Pourtant un médecin peut être appelé à donner son avis sur la possibilité d'envoyer un tuberculeux atteint de lésions laryngées faire une cure hiverno-marine, et si ses bons auteurs lui font défaut, pourra-t-il conseiller ou interdire cet air marin qu'il ne connaît que par le bien et surtout par le mal qu'il en aura entendu dire. Il y a, croyons-nous, à tenter une réhabilitation ou plutôt une mise au point de ce climat marin qu'on a accusé de beaucoup de méfaits parce qu'on le connaissait mal et dont les inconvénients minimes ont été grossis et exploités par ses détracteurs au profit de stations d'une valeur curative moindre assurément.

C. — OPINIONS DE QUELQUES LARYNGOLOGISTES SUR L'AIR MARIN.
— La cure d'altitude ne peut pas toujours, dans tous les cas

de tuberculose laryngée, fournir des résultats encourageants : il y a des contre-indications formelles, et certains spécialistes, tout en reconnaissant les qualités du climat de montagne, ne se sont pas laissés aller à un optimisme trop facile et ont su faire la part dans la cure de la phthisie laryngée, au climat hiverno-marin. Heryng recommande, pour la cure hygiénique de la laryngite tuberculeuse, les contrées situées au bord de la mer, protégées contre les vents du Nord et considère que Davos Platz et les stations élevées sont des plus nuisibles ⁽¹⁾. Ferreri et Rosati, de Rome, croient que l'on ne tient pas assez compte, ou que peut-être l'on se méfie trop, d'une façon irraisonnée, certes, des richesses hygiéniques puissantes du bord de la mer : on va chercher bien loin ce que l'on a chez soi, et, selon eux, « aucun pays mieux que leur péninsule ne se prête au but hygiénique et curatif de la phthisie selon les vues modernes, et certains malades des premières voies respiratoires doivent fuir les montagnes et chercher leur salut au bord de la mer ⁽²⁾ ». Le Prof. Moritz Schmidds, de Francfort, n'hésite pas à envoyer sur les bords de la Méditerranée des laryngites tuberculeuses qui ne peuvent supporter le climat d'altitude et il a déconseillé le séjour de Falkenstein à une de nos malades portant une large ulcération de la bande ventriculaire droite ; il l'a envoyée au sanatorium de Gorbio pour y rechercher l'action du voisinage de la mer. Gottstein ⁽³⁾ conseille pour les phthisiques du larynx les plages de Menton et de San Remo et trouve que le séjour de la mer est avantageux pour les malades qui ne sont pas encore très faibles. Les hauts climats des Alpes, Davos, etc., sont, d'après lui, en général mal supportés par les phthisiques du larynx. Gouguenheim approuve le séjour au bord de la mer dans des régions ensoleillées, car les stations maritimes agissent en raison de la ventilation de l'air de ces endroits, de l'éclat de la lumière et de l'augmentation de l'ozone sous ces diverses influences ⁽⁴⁾.

(1) HERYNG. — *Curabilité de la phthisie laryngée*.

(2) FERRERI et ROSATI. — *Loco citato*.

(3) GOTSTEIN. — *Maladies du larynx*, page 311.

(4) GUGUENHEIM. — *Phthisie laryngée*, page 330.

III. — ÉTUDES ET RECHERCHES PERSONNELLES. — Nous n'avons l'intention d'envisager dans notre étude que le climat marin dans une région que nous habitons depuis longtemps et que nous connaissons bien, de Saint-Raphael à Menton. Il a, certes, à répondre à beaucoup d'objections au sujet de son action sur la tuberculose laryngée : il est de notre devoir d'aller au-devant de ces objections, de les provoquer même et il est de notre droit de les réfuter. Si tous les reproches que l'on adresse au climat méditerranéen du sud-est de la France étaient fondés, il n'y aurait que des contre-indications à la cure de la tuberculose laryngée et pourtant, les guérisons sont nombreuses qui viennent faire justice de ces accusations quelquefois fausses et intéressées. Nous ne voulons pas non plus créer des distinctions spécieuses entre tous les climats plus ou moins marins. Peu nous importe de savoir si Arcachon, ou les plages de la Manche et de l'Océan sont meilleures ou pires, ou si, sur la foi de statistiques trop facilement complaisantes, l'air de ce pays-ci est plus irritant ou plus calmant que celui de telle autre contrée. Notre distingué confrère, le D^r Guiter (¹), de Cannes, s'est attaché à rendre au climat de la Côte-d'Azur son caractère propre et a prouvé que « les plages méditerranéennes du sud-est de la France ne sont jamais excitantes comme celles de la Manche et de l'Océan ». Nous limitons notre travail, nous le répétons, au seul climat que nous connaissons bien et notre opinion n'a de valeur que parce qu'elle est établie solidement sur l'observation clinique minutieuse de nombreux malades.

A. — CRITIQUES FORMULÉES CONTRE LA CURE MARINE SUR LA CÔTE-D'AZUR ; RÉFUTATIONS. — Le tuberculeux du larynx, venant sur la Côte-d'Azur, de Saint-Raphael à Menton, dit-on, à se méfier de nombreux ennemis : la sécheresse du climat, la poussière, les vents, la température variable, l'hygiène locale. Pour qui a vécu longtemps sur nos côtes, ces accusations contre le climat sont des exagérations et les avantages que l'on retire en revanche d'un soleil et d'une lumière incomparables, d'une température presque constante, d'une plus grande quantité de beaux jours, d'une mer splendidement

(¹) GUITER. — *Presse médicale*, janvier 1900.

bleue et calme feront oublier facilement les quelques petits inconvénients qui sont largement exploités par ceux qui ont intérêt à prôner d'autres climats de froid, de brumes et de neige.

1) SÉCHERESSE DU CLIMAT. — L'air du climat méditerranéen, dans le sud-est de la France, est, dit-on, sec et partout préjudiciable aux manifestations des premières voies aériennes. Ceci est vrai, si l'on s'en tient strictement à l'idée de sécheresse absolue, mais le climat des Alpes-Maritimes n'est pas sec comme on veut bien le dire ; il tient le juste milieu entre les climats secs et les climats humides et le Dr Onimus⁽¹⁾ a pu dire de lui que c'était le plus humide des climats secs et le plus sec des climats humides. En l'accusant d'être sec, on lui ajoute l'épithète excitant : or, cette action excitante de la Méditerranée n'est nullement comparable à celle des plages des mers du Nord et de l'Océan, où les vents, les embruns, le mouvement des marées créent une atmosphère éternellement troublée et agitée. Le climat de notre littoral ne doit à la mer que son atmosphère saline, son air suffisamment saturé de vapeur d'eau, épuré et ventilé par les brises marines⁽²⁾. Notre climat puise, en effet, dans le voisinage de la mer, une humidité relative, suffisante et même bienfaisante. C'est entre 70 et 80, qu'il faut chercher les limites désirables de l'humidité relative moyenne et sous notre climat celle-ci est d'environ 63 à 69, c'est-à-dire qu'elle est très proche du point minimum moyen. Cette proportion permet une évaporation pulmonaire et cutanée très active, sans impressionner désagréablement les bronches. Une humidité trop intense, en effet, est plus préjudiciable qu'utile et agit lourdement sur les poumons dont elle diminue l'exhalation. De même, le froid humide est mauvais pour les tuberculeux, en ce sens qu'il entraîne une déperdition excessive de chaleur. Les échanges chimiques ne se font plus normalement dans un tissu pulmonaire congestionné et il est nécessaire pour les tuberculeux du larynx que leur poumon fonctionne

(1) ONIMUS. — *L'hiver dans les Alpes-Maritimes*.

(2) *Stations hydro-minérales, climatériques et maritimes* (Masson. 1900).

bien. L'on sait aussi que les tuberculoses pulmonaires à expectoration abondante subissent, ici, l'effet de la siccité relative de notre climat. « Peu à peu, assez vite quelquefois, l'expectoration diminue, puis disparaît, la respiration devient plus facile, l'essoufflement cesse, la toux diminue, l'hématose se fait mieux et il n'est pas rare de voir des bronchiteux jusque-là invétérés s'en retourner chez eux à la fin de l'hiver dans un état de santé très satisfaisant. Il est, en outre, notoire que l'expectoration des tuberculeux diminue très rapidement, que les cavernes se dessèchent et que cette cause d'épuisement ayant disparu, l'état général s'améliore ⁽¹⁾. » Toutes ces améliorations du côté des poumons seront ressenties au niveau du larynx qui verra ses symptômes s'amender, et si la sécheresse de l'air, écrit Chuquet, de Cannes ⁽²⁾ est irritante pour le larynx, sa grande pureté agit favorablement sur les lésions qui sont rapidement modifiées et souvent radicalement guéries. La sécheresse de notre climat peut avoir aussi son influence dans l'étiologie d'affections locales subaiguës, que nous avons rarement l'occasion d'observer ici et on peut, à titre de document, rapprocher, de ce fait, l'impression que le Dr Bobone, de San Remo ⁽³⁾, rapporte sur la rareté, ou l'absence presque, des poussées d'adénoïdite sur la Riviera. Cet effet est dû au climat chaud, sec et lumineux dont nous jouissons sur les bords de la Méditerranée et il oppose cette rareté à la fréquence des adénoïdites observées par notre éminent confrère, le Docteur Moure, à Bordeaux, où le climat agit sur la gorge et les oreilles d'une façon pernicieuse et très différente de celui de la Riviera. Le climat de Bordeaux est sous l'influence du courant du Golfe (Gulf-Stream) qui lui donne une humidité excessive. Or, parmi tous les facteurs accusés de provoquer les adénoïdites, l'humidité serait, pour Bobone, le plus important, sinon le seul. Nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier cette assertion de notre confrère de San Remo et nous sommes tout disposé à croire que pareille action se manifeste sur les larynx

(1) MALGAT. — *Nice en hiver, essai de climatologie.*

(2) CHUQUET. — *Hygiène du tuberculeux* (Masson, Paris).

(3) BOBONE. — In *Annales maladies de l'oreille*, novembre 1899.

tuberculeux, qui sont rarement le siège, grâce à cette siccité de l'air, de congestions locales. Ainsi donc, la sécheresse de l'atmosphère qui, absolue serait funeste, n'est point ici telle qu'on l'a dit, puisqu'il y a des maladies, où l'humidité relative de l'air est nécessaire, qui guérissent.

2) DE LA POUSSIÈRE. — La poussière serait, certes, aussi un des phénomènes qui dût incommoder le plus les bacilloles laryngées, et si elle existe comme partout ailleurs du reste, elle n'est pas aussi fréquente qu'on veut bien le laisser croire. D'après le Dr Guiter ⁽¹⁾, « elles ne deviennent redoutables qu'au printemps ; durant la plus grande partie de la saison hivernale, la précipitation de vapeur d'eau qui se fait par le refroidissement brusque d'un air suffisamment hygrométrique au coucher du soleil, suffit à prévenir la formation des poussières ». Avec les progrès de l'hygiène publique, elles n'existent pas dans les grandes villes, et, sur les routes et les promenades, elles ne sont soulevées que les jours de vent, pendant lesquels le malade a le devoir de ne pas s'exposer.

3) DES VENTS. — Les vents constituent aussi une des grandes objections faites à notre climat, et là encore il y a lieu de ramener ces accusations dans les limites de la vérité, car le littoral de Cannes à Menton n'est point balayé, comme on l'écrit trop facilement, par des vents fréquents et violents. Ici, les vents sont de deux sortes : les vents périodiques et les vents irréguliers. Les vents périodiques sont caractérisés par les brises de terre et de mer et sont très utiles parce qu'ils ventilent la côte le jour et la nuit. La brise de terre souffle la nuit ; elle est légère et assez froide et parlant mauvaise pour les malades à qui l'on recommande d'être chez eux, dès que la terre se refroidit, un peu avant le coucher du soleil ; elle est, néanmoins, un facteur d'assainissement, car elle emporte vers la mer, où elles sont détruites, toutes les impuretés atmosphériques qui planent dans l'air des agglomérations d'habitants. La brise de mer souffle le jour, si faiblement qu'on la ressent à peine ; mais elle est essentiellement bienfaisante parce qu'elle humidifie l'air, parce qu'elle apporte des effluves salines, sti-

(1) GUITER. — *Loco citato*.

mulantes, toniques, voire même antiseptiques. Nous n'avons pas à expliquer cette dernière action que les recherches de Miquel, de Lalesque et de Rivière ont parfaitement éclaircie et nous nous contenterons de dire que le larynx sera, un des premiers, placé à la porte d'entrée de l'arbre respiratoire, à bénéficié de l'action des chlorures et de l'air excessivement pur de la mer. Ainsi donc, la nécessité d'un air éminemment sain comme l'air marin, montre combien la brise de jour est utile aux malades et combien le vent de la nuit, vent épurateur, est le complément indispensable du premier !

Tout autres sont les vents généraux qui pourraient souffler sur notre littoral, mais qui ne l'atteignent pas ou peu en raison de sa configuration géographique. Le littoral méditerranéen, de Saint-Raphael à Menton, se trouve compris entre la mer, d'une part, et plusieurs contreforts montagneux, de l'autre, qui le mettent à l'abri des vents violents. Ces montagnes, sont l'Estérel, les Maures et les dernières ramifications des Alpes-Maritimes, qui arrêtent l'élan impétueux des vents froids venus des régions glacées des Alpes neigeuses. Les vents du Nord, qui seraient le plus à craindre, suivent une trajectoire qui les fait passer bien au-dessus de notre littoral et ils vont se perdre bien loin dans la mer : on les voit soulever des vagues à l'horizon, alors que l'atmosphère sur la Côte reste parfaitement calme. Les vents du Sud sont chauds et n'arrivent chez nous que réfléchis en Sud-Est ou Sud-Ouest. Les vents du Sud-Est sont les vents humides, de pluie et de ciel gris : ils sont déprimants. Les vents d'Ouest sont qualifiés par le mistral direct ou réfléchi en Sud-Ouest. Le mistral, vent de Nord-Ouest, nous arrive très atténué, car c'est surtout dans la vallée du Rhône et à Marseille qui est à la porte de sortie de ce vaste corridor, qu'il souffle avec une impétueuse violence. Sur la Riviera, nous le sentons rarement parce que dans sa marche nord-ouest il est arrêté par l'écran montagneux qui limite, au Nord et à l'Ouest, le littoral méditerranéen ; c'est un vent sec, excitant, lumineux, qui épure l'atmosphère, chasse les nuages et donne à l'air une limpidité et une transparence étonnantes. Ces vents d'ouest ne soufflent qu'assez exceptionnellement en hiver et, « qualifier le littoral méditerranéen d'excitant parce

qu'il peut le devenir pendant quelques jours d'hiver, sous l'action de ces vents d'hiver, me paraît une prétention inadmissible (Guiter) ⁽¹⁾ ». En général, tous les vents ici sont rares et ne soufflent en moyenne, que vingt-quatre fois dans un espace de sept mois, et il est facile au malade d'éviter ces journées dangereuses. Notre littoral offre cependant des sites incomparables à l'abri des vents du Nord et de l'Ouest les plus pernicioeux et l'on peut diriger certains malades sur les points situés au flanc sud-est des collines, face à la mer et éclairées par le soleil presque toute la journée.

4) TEMPÉRATURE VARIABLE. — On a dit aussi, qu'il fallait, sous le climat méditerranéen, se mettre en garde contre les variations subites de température, surtout un peu avant l'heure où le soleil disparaît derrière le massif de l'Estérel, parce que tout d'un coup l'air semble se refroidir notablement. Le malade est alors très impressionné et un larynx déjà atteint peut y contracter une congestion préjudiciable ; c'est au médecin de prévenir ces incidents en avertissant le malade qu'à cette heure-là son corps va rayonner et perdre du calorique au profit de l'air ambiant : d'où la nécessité d'emporter toujours avec soi un vêtement supplémentaire, chaud et léger, que l'on endossera lorsque l'on passera à l'ombre ou que se produira ce phénomène de radiation. Cette sensation de refroidissement atteint son maximum au coucher du soleil par les belles journées et se double alors de la précipitation à la surface du sol de la vapeur d'eau en saturation dans l'atmosphère.

5) HYGIÈNE LOCALE. — Certains prétendent que les conditions hygiéniques de notre littoral sont des plus déplorables, et Lorentz ⁽²⁾, qui ne conteste pas les qualités de douceur et d'efficacité du climat de la Riviera, déconseille à ses tuberculeux du larynx de faire un long et pénible voyage pour se rendre dans une contrée où l'hygiène locale est des plus défectueuses. Il est à peine besoin de réfuter pareil jugement et la meilleure preuve de sa fausseté réside dans les statistiques de mortalité de chaque ville. Ainsi, dans la dernière statistique

(1) GUITER. — *Loco citato*.

(2) LORENTZ. — In *Petersb. med. Woch.* a. XXXIV, n° 50, 11 déc. 1899.

de l'hygiène des villes, Cannes a été cotée pour une mortalité de 1,2 pour 1000 habitants, battant ainsi toutes les villes.

B. — AVANTAGES DU CLIMAT MÉDITERRANÉEN. — Mais à côté de ces petits inconvénients, notre climat offre des avantages exceptionnels et il doit ses qualités à des circonstances spéciales :

1) *Beau temps*. — C'est d'abord, pendant la saison d'hiver, la prédominance des jours de beau temps sur les jours de troubles atmosphériques. Il y a une moyenne de cent trente-cinq jours de soleil, du mois d'octobre au mois de mai et les jours de pluie sont rares, à peu près trente jours dans le même laps de temps ⁽¹⁾. Les brouillards sont totalement inconnus sur notre littoral, la neige y tombe très rarement : dans l'espace de sept ans on l'a vue tomber une fois sur les côtes et encore disparaît-elle avec une grande rapidité. Les orages, de très courte durée, n'y sont pas très fréquents.

2) *Température*. — La température en hiver, en plein air et à l'ombre, est, en moyenne, de 11°,48, d'octobre à avril, et l'on a constaté qu'entre la température moyenne minima et la température moyenne maxima il n'existe qu'un écart de 5 à 6° et qu'il n'y a pas de transitions thermométriques brusques. La température, d'un mois à l'autre, se fait progressivement, sans grands écarts, et le danger pour les malades et, en particulier, pour les tuberculeux à organe vocal sensible ou affecté, réside dans les sauts subits de la température. Celle-ci n'est jamais très basse et depuis cent ans, on n'a pas vu le thermomètre descendre au-dessous de zéro en plein jour. Nous avons déjà dit qu'entre la température au soleil et à l'ombre, il existe une différence qui se chiffre quelquefois par des 10, 15, 20° et il est indispensable que le malade se munisse d'un pardessus ou d'un châle qu'il endossera lorsqu'il passera à l'ombre. De là encore la nécessité de se protéger la tête avec une ombrelle, contre les ardeurs d'un soleil qui, même en plein mois de décembre, atteint quelquefois 35°.

3) *Soleil ; lumière*. — C'est le soleil qui constitue la grande richesse naturelle de notre climat. La rayonnante intensité de

(1) Dr LINN. — *The traveller*, 1^{er} déc. 1900.

la lumière imprime au littoral méditerranéen son caractère curateur : la lumière égaie, réchauffe et réconforte. Onimus⁽¹⁾ a dit qu'une vive excitation lumineuse augmente les actes vitaux, active la nutrition, la circulation et même les échanges respiratoires. De même, la lumière agit puissamment sur le moral des hommes et dans ce décor paradisiaque de soleil, de luxuriante végétation, de mer bleue, le malade trouvera de quoi se réconforter et tromper son ennui, plus facilement que sous l'influence du séjour triste et neurasthénisant des sanatoria d'altitude.

C. — HYGIÈNE DU TUBERCULEUX LARYNGÉ. — 1) CONSEILS ET DIRECTION MÉDICALE. — Puisque nous connaissons les défauts et les qualités de notre climat, nous allons indiquer dans quelles conditions devra se trouver le tuberculeux du larynx pour supporter ce climat et en retirer tous les bénéfices incontestables qui sont la déduction de son emploi judicieux et raisonné. « Il ne suffit pas, dit Littré, de donner aux malades un meilleur climat, il faut encore leur enseigner les moyens journaliers d'en profiter. » Il faut, en effet, que tout tuberculeux du larynx se soumette à des règles d'hygiène générale qui seront la condition du succès de la cure. Ces règles sont les mêmes que celles auxquelles doit s'astreindre le tuberculeux pulmonaire, avec certains points de détail créés par le milieu climatérique dans lequel le tuberculeux laryngien va se trouver. *Primum non nocere*, voilà ce qui doit guider notre conduite thérapeutique, et si l'on ne précise pas, comme nous l'avons fait, les dangers de notre climat, le bacillaire laryngé verra, par son imprudence, s'aggraver son mal, et c'est à cause de cela que certains auteurs ont pu voir des malades, à des périodes curables, revenir du Midi plus infectés que jamais, et ils accusent alors le climat marin qu'on n'a pas su utiliser. Il faut que tout sujet porteur de lésions laryngées observe sur notre littoral les mêmes principes hygiéno-diététiques sévères auxquels il serait soumis s'il était dans un sanatorium d'altitude.

2) DES PRÉCAUTIONS VIS-A-VIS DE L'ATMOSPHÈRE. — Le malade affecté de laryngopathies bacillaires à n'importe quelle pé-

(1) ONIMUS. — *Loco citato*.

riode, doit, sur notre littoral, éviter de sortir trop tôt le matin, de stationner à l'ombre et doit être rentré avant que le soleil ait complètement disparu à l'horizon. Il doit se conformer strictement aux exigences de ce que l'on appelle ici la journée médicale, c'est-à-dire la période pendant laquelle il lui est permis d'être en plein air. Elle commence une heure et demie environ après le lever du soleil et finit un peu avant que le soleil ne se cache derrière les montagnes de l'Ouest. Comme il peut être utile pour le tuberculeux du larynx, plus que probablement porteur de lésions pulmonaires, de faire de l'aération continue, il faut tenir compte aussi de la nuit médicale. La température pendant ce temps-là ne descend jamais d'une façon inquiétante et ce n'est qu'au matin, avant l'aube, qu'elle atteint son minimum. La température intérieure des chambres est, en général, de quelques degrés supérieure à la température extérieure et l'on peut sans inconvénients appliquer aux malades le traitement de l'aération continue. Il y a lieu aussi, avant de conseiller tel ou tel endroit d'une localité, de s'enquérir du tempérament spécial de chaque malade, parce que le littoral méditerranéen nous offre deux zones bien distinctes qui trouvent chacune leurs indications respectives. La première zone ou zone maritime est celle qui est tout à fait au bord de la mer et qui est permise aux malades sans éréthisme, sans nervosisme et sans fièvre ; même les hémoptysies, au début, s'accommodent assez bien de cette zone : elle convient aux tuberculoses à évolution torpide. Certains larynx tuberculeux, chez des sujets à état général satisfaisant, se trouvent bien de ce contact direct avec l'air marin et, grâce à l'activité donnée à la nutrition, l'on voit se produire des phénomènes de cicatrisation qui, tout en étant des exceptions assez fréquentes, nous prouvent qu'il ne faut pas proscrire ce que l'on serait en droit de prescrire. La deuxième zone est celle qui est adossée aux flancs des collines et partout admirablement abritée des vents du Nord et de l'Ouest, jouissant toute la journée d'une illumination solaire intense et assez loin de la mer pour ne pas en ressentir l'influence directe trop excitante et pour bénéficier toutefois des effluves marines qui viennent se faire sentir jusqu'à la ligne de montagnes qui les arrête. Cette zone sera

conseillée aux fébricitants, aux éréthiques, aux tuberculeux à manifestations subaiguës, aux laryngopathies arrivées à la période des infiltrations et des ulcérations et l'on pourra encore permettre à ces malades quelques courtes promenades sur le bord de la mer dont l'excitation passagère n'aura pas d'effets nuisibles sur un organisme que son impressionnabilité oblige à fuir l'action directe de l'air marin. Le malade devra toujours être rentré dans sa chambre avant le coucher du soleil pour éviter le phénomène du rayonnement dont nous avons déjà parlé et qui n'est dangereux, en somme, que pendant une heure environ avant et après le coucher du soleil. A partir de ce moment-là, le corps est moins impressionné et nous avons eu souvent l'occasion de rencontrer, de six à sept heures, certains de nos malades, tuberculeux laryngés à la première et à la deuxième période, se promenant dans une atmosphère pure et tiède qui n'était troublée par aucune brume ou aucun brouillard. Nous déconseillons formellement à nos malades les sorties après le coucher du soleil, mais tous n'obéissent pas à la lettre et cependant ils ne nous ont jamais accusé d'aggravations dans leurs symptômes tant subjectifs qu'objectifs, ce qui eût très bien pu se produire.

3) DE LA CHAMBRE DU TUBERCULEUX. — La chambre devra toujours être exposée au midi et largement ouverte au soleil. Au sanatorium de Gorbio, toutes les chambres de malades sont orientées de telle façon, qu'elles reçoivent l'action directe des rayons solaires toute la journée. « Je voudrais, disait de Goncourt ⁽¹⁾, une chambre inondée de soleil, des meubles tout mangés de soleil, des tapisseries dont toutes les couleurs seraient éteintes et comme passées sous les rayons du midi. Là je vivrais dans des idées d'or, le cœur réchauffé, l'esprit bercé et baigné de lumière dans une grande paix doucement chantante. » Ce rêve de Goncourt est facilement réalisable sur nos côtes où, pour la cure des tuberculeux, les conditions atmosphériques sont supérieures à celles de n'importe quel pays du continent.

Il est évident que, comme le dit le Dr Ribard ⁽²⁾, tous les

⁽¹⁾ DE GONCOURT. — Cité par Sicard de Plauzole, *La tuberculose*.

⁽²⁾ E. RIBARD. — *La tuberculose est curable*. Carré et Naud, Paris, 1900.

pays sont bons pour la cure de la tuberculose pulmonaire (nous croyons pouvoir ajouter pourvu que le vent, la pluie, les brouillards y soient au minimum), à condition que le traitement soit intelligemment dirigé, mais ils ne le sont peut-être pas tous pour la cure de la tuberculose laryngée, qui siège dans un organe trop facilement congestionnable et sur lequel les froids trop vifs et l'humidité de la pluie et des brouillards n'ont pas la même action que sur les poumons. Detweiler, de Falkenstein, nous dira qu'on ne vient pas, dans son sanatorium, pour le climat mais pour la cure ; les malades, chez nous, doivent venir pour le climat qui offre des ressources supérieures pour le succès du traitement hygiénique et aussi parce qu'il possède des qualités exceptionnelles que ne peuvent contrebalancer les climats rudes et meurtriers où l'on a prétendu entraîner les malades. « La sagesse, le bon sens, la vérité finissent toujours par avoir raison des théories hasardées, basées sur les spéculations humaines (1). »

4) DE L'ACCLIMATEMENT. — Une autre question importante se pose ici : c'est celle de l'acclimatement du malade atteint de laryngite tuberculeuse. Lors de son départ pour le midi, le tuberculeux du larynx va se trouver dans des conditions mauvaises pour supporter un voyage long et pénible. Il aura à subir les ennuis de la poussière en cours de route, des compartiments s'ouvrant et se fermant de jour et de nuit par tous les temps ; il dormira mal, lui qui a besoin d'un sommeil réparateur, il s'énervera et arrivera au lieu de destination déjà fatigué, se trouvant presque subitement transporté dans un pays tout autre, plus chaud, plus lumineux, plus sec et ce brusque changement pourra accentuer encore la déchéance d'un organisme affaibli. Mais la joie de se trouver sous un ciel si pur, devant cette mer si calme et si bleue, sous une température idéale, ne doit pas lui faire oublier qu'il doit user de ce climat progressivement, faire de courtes sorties, éviter les endroits où le soleil est trop fort, ne pas s'aventurer trop près de la mer parce que pendant quelques jours son larynx pourrait être le siège d'une congestion, d'une irritation passagères, occasion-

(1) MALGAT. — *Loco citato*.

nées par la résistance des tissus malades vis-à-vis de ces agents naturels trop actifs. Peu à peu cependant, le malade pourra affronter le soleil, l'air de la mer ; à ce moment-là commencera la véritable cure et le larynx ne tardera pas à ressentir l'heureuse influence du climat marin. C'est pour avoir usé trop vite, sans contrôle médical, de toutes ces richesses naturelles largement répandues que l'on voit des malades être impressionnés dans leur état général et leur état local d'une façon pénible et alors ils se démoraliseront, car ils se figureront que le climat marin va à l'encontre du but recherché : le climat n'est pour rien dans cette exacerbation des symptômes qui est imputable à la seule imprudence du malade.

5) REPOS VOCAL ; CURE DE SILENCE. — Enfin, le tuberculeux du larynx doit éviter le plus possible de fatiguer son organe vocal ; il doit surtout s'abstenir de parler pendant les promenades et les stations en plein air. La cure de silence dans nombre d'affections laryngées, pour être efficace, doit être absolue et il faut soustraire le malade à tout ce qui peut le tenter de parler : lui éviter les visites et la fréquentation de personnes qui peuvent lui faire oublier qu'il doit avant tout se taire. Nulle part, mieux que dans les sanatoria, peut être mise en pratique cette cure de silence et nous l'avons vue appliquée dans toute sa rigueur au sanatorium de Gorbio : le malade, atteint de lésions laryngées bacillaires, est mis à l'écart, mange seul à une table, loin de la table commune et ne pouvant converser avec qui que ce soit. Il s'habitue très vite à ce genre de mutité forcée car il a appris que c'est dans le repos de son larynx que réside l'espoir de guérison de son affection locale. La toux aussi est nuisible au larynx qu'elle soumet à des mouvements incessants et à des secousses douloureuses et nuisibles. Il faut donc que le malade évite cette toux et il peut bien y arriver ne s'observant. « Seule la toux humide aboutissant sans efforts à l'expulsion d'un crachat est utile ; la toux sèche, fréquente, quinteuse, pénible et fatigante doit être supprimée de par la volonté seule du malade. « Ah ! vous toussiez, disait un jour Turban, je ne supporte pas la toux, c'est une mauvaise habitude. » Et Detweiler : « Quand vous avez une démangeaison en public, vous ne vous grattez pas ; la toux sans crachat,

c'est la démangeaison de la gorge, il faut savoir y résister. » « Cette discipline d'ailleurs aisée à obtenir, ne peut s'acquérir que sous la surveillance constante et l'intervention autoritaire du médecin. » (Rocheblave). Nous avons pu rester au sanatorium de Gorbio pendant plus d'une heure, au repas de midi, en contact direct avec environ cinquante tuberculeux à diverses périodes, certains affectés de laryngopathies, et nous pouvons affirmer que nous n'avons pas entendu une seule fois un malade tousser. Nos confrères, les D^{rs} Malibran et Kohber, celui-ci laryngologiste dans cet établissement, nous ont affirmé que la toux était un symptôme dont se débarrassaient facilement leurs malades.

6) DES VOYAGES EN MER. — Il était intéressant pour nous de connaître quelle pouvait être l'action de l'air de la pleine mer sur l'étiologie et l'évolution de la laryngite tuberculeuse. Nous avons consulté certains de nos confrères de la marine ⁽¹⁾ et leur opinion est à peu près unanime sur la rareté de la tuberculose laryngée dans le personnel naviguant de nos ports. Les tuberculoses pulmonaires y sont assez fréquentes, mais la tuberculose laryngée existe dans des proportions très minimes : sur cent tuberculeux pulmonaires il y a à peine 1 % de tuberculeux laryngés. En revanche, la tuberculose laryngée est fréquente parmi les ouvriers sédentaires des arsenaux. Nous avons eu l'occasion de remarquer aussi que, dans certaines formes apyrétiques, cet air de pleine mer était toléré avec avantage par le larynx et, sur une de nos malades, les voyages en pleine mer par température douce et eaux calmes produisaient des effets toniques et sédatifs puissants. En effet, pendant le voyage en mer, les jours de beau temps, la vie en plein air y est portée à son maximum possible et le malade n'est pas exposé aux contaminations nuisibles de l'air des villes. Cette influence de l'air marin, au large, est nuisible par les jours de perturbations atmosphériques et nous ne conseillons pas à nos tuberculeux laryngés de longues croisières et

(1) Nous remercions avec plaisir MM. les D^{rs} Boutin, Cartier, De Champeaux, Gueit, Maget, Segard, Ambiel, médecins de la marine en retraite ou en activité, qui nous ont aimablement donné des renseignements sur ce sujet.

point n'est besoin de passer des journées entières à bord pour ressentir l'action thérapeutique de cet air de la haute mer qui a une pureté égale à celle des altitudes.

IV. — CONSIDÉRATIONS CLINIQUES. — *Indications, contre-indications.* — Tous ces principes de qualités et de défauts du climat marin étant exposés et réfutés, nous allons essayer de montrer quelle est son action sur les larynx tuberculeux. Toutefois, nous n'avons pas la prétention de formuler des conclusions absolues, chaque cas de tuberculose laryngée évoluant, dans des organismes à réactions variables, avec une symptomatologie et une allure clinique différentes selon la période à laquelle l'affection se présente. Nous admettons, pour plus de facilité dans l'exposition, la division classique en trois périodes et nous essaierons de poser les indications et les contre-indications de la cure marine, qui, sans avoir la précision d'un axiome scientifique irréfutable, seront néanmoins l'expression fidèle de notre expérimentation et de nos recherches.

I. DE LA LARYNGITE TUBERCULEUSE PRIMITIVE. — Nous avons eu très rarement l'occasion de traiter, sur notre littoral, des tuberculoses laryngées primitives avec intégrité absolue des poumons et notre expérience restreinte à ce sujet ne nous autorise pas à donner une appréciation sur la façon dont elles se comportent vis-à-vis de l'air marin. Ces cas sont rares parce qu'ils sont rarement décelés, et un simple enrouement, qui est peut être symptomatique d'une bacillose locale, ne conduit pas toujours le malade à aller consulter le spécialiste. L'état général est bon et on incrimine plutôt une laryngite chronique qui sera soignée par des moyens trop simples, alors qu'il s'agit quelquefois d'une imprégnation bacillaire assez profonde de l'organe vocal. Cette catégorie de malades existe peut-être plus qu'on le croit généralement et la laryngite tuberculeuse primitive, méconnue, peut être le stade premier d'une infection bacillaire qui va se diffuser, et, à une époque plus ou moins lointaine, si l'on ne se méfie pas, apparaîtront les signes d'un envahissement pulmonaire. Alors il sera difficile de connaître quelle a été l'évolution de la lésion laryngée, si elle a été antérieure à la tuberculose pulmonaire ou secondaire, et le traitement hygiénique

sera celui que l'on appliquera aux autres périodes en combinant les moyens médicaux ou chirurgicaux qui leur sont propres. L'affection laryngée sera classée alors selon son aspect symptomatique dans telle ou telle période, avec, évidemment, des chances moindres de guérison, car la laryngite tuberculeuse primitive dans un organisme sain est plus facilement curable que la tuberculose laryngée contemporaine d'une bacillose des poumons. Contre cette tuberculose primitive du larynx que, peut le climat marin ? D'aucuns diront que l'air marin est préjudiciable aux hyperémies de l'organe vocal et qu'il faut proscrire cet air de la mer aux laryngopathies tuberculeuses primitives. Nous ne pensons pas que cette défense puisse être étendue d'une manière générale à tous les cas de tuberculose laryngée primitive : l'on doit éloigner de la mer ceux-là seuls dont le tempérament éréthique ne s'accommode pas du voisinage des côtes. Les autres malades à organisme résistant, sans réactions nerveuses, verront peut-être, sous l'influence des effluves marines, en prenant la précaution de ne pas s'exposer aux inconvénients de notre climat marin et en suivant les préceptes généraux d'hygiène pour les affections laryngées, verront, disons-nous, leur état local s'améliorer : l'air marin excitera la nutrition au niveau de la phlogose laryngée et, un traitement local aidant, la cicatrisation des lésions peut se produire dans de bonnes conditions.

II. TUBERCULOSE LARYNGÉE A LA PREMIÈRE PÉRIODE. — Dans les cas de tuberculose laryngée à la première période, c'est-à-dire lorsque la voix est voilée et rauque, à cette phase que Castex ⁽¹⁾ appelle la période de dysphonie prémonitoire, avec cette toux sèche, coqueluchoïde, sans autres symptômes subjectifs que ceux fournis par la voix, à cette époque de la maladie où la dyspnée et la dysphagie n'ont pas encore fait leur apparition, quand le miroir laryngoscopique ne fait constater que de la pâleur du voile du palais et de tout le vestibule laryngien et des villosités velvétiques légèrement rouges dans la commissure interaryténoïdienne, quelle est l'action de l'air marin ?

a) *Indications.* — A cette période, nous n'interdisons pas le

(1) CASTEX. — *Maladies du larynx.*

séjour au bord de la mer, au contraire, nous le conseillons, surtout lorsque l'état des poumons le permet, que le malade n'est pas trop nerveux et n'est pas sous le coup de poussées fébriles. La forme torpide est fréquente chez les tuberculeux qui ont des manifestations laryngées, comme si l'apparition du processus bacillaire au larynx avait occasionné un temps d'arrêt dans l'évolution de l'affection pulmonaire, et à ces malades l'air marin fait le plus grand bien. Nous engageons nos tuberculeux laryngés, et cela d'une façon systématique, à aller prendre des bains de soleil et d'air marin, quand le temps est beau et l'atmosphère calme. Les tuberculeux du larynx vont, sur nos conseils, s'asseoir sur un banc de ces promenades exceptionnelles que la Riviera offre aux valétudinaires sur le bord de la mer et en plein soleil. Là, pendant les heures les plus chaudes de la journée, la tête abritée sous une ombrelle contre les rayons d'un soleil trop ardent quelquefois, le malade pourra aspirer à pleins poumons, la bouche fermée, cet air tiède, pur et chargé d'humidité saline qui vient du large. Avant que le soleil ne disparaisse derrière le massif de l'Esterel, le malade rentrera tranquillement chez lui, encore sous l'impression vivifiante de cette lumière et de cette température incomparables, dans une chambre qui aura été assainie toute la journée par une aération large et où la température aura été maintenue suffisante pour qu'il n'y ait pas de transition avec l'air extérieur. Pour que la cure soit complète, il faut que nos malades, pour la plupart des jeunes gens, brisés par la vie fatigante de leur âge inconscient, perdent les habitudes qu'ils avaient contractées antérieurement et qui seules sont permises à des gens bien portants. Il ne faut pas laisser le tuberculeux laryngien agir à sa guise, pourvu qu'il vienne se faire cautériser ou atoucher l'organe vocal de temps à autre avec plus ou moins de régularité. Il faut le surveiller dans tous ses actes journaliers et le traitement hygiénique fait tout au moins autant sinon plus que le traitement local. Jamais un seul de nos malades n'a accusé, le soir même ou le lendemain de cette cure marine intensive, une aggravation de son état ou une fatigue plus grande. Au contraire, l'appétit était exalté, les fonctions digestives s'amélioraient, la diarrhée quand elle existait diminuait,

la respiration était plus régulière et les échanges respiratoires activés par un jeu inaccoutumé de la cage thoracique et des poumons se faisaient avec plus de profit pour l'organisme qui était tonifié par les principes stimulants et antiseptiques de la mer. Sous l'influence de la chaleur du soleil il se produit une suractivité de nutrition dans les tissus, les phénomènes de phagocytose sont plus intenses par suite de la plus grande affluence de sang dans les vaisseaux. Ces phénomènes produiront une heureuse modification des lésions laryngées : le vestibule laryngien reprend une coloration normale, la pâleur des tissus est remplacée par la teinte rosée d'une muqueuse saine, la voix redevient plus nette et chez trois de nos malades à cette période nous avons constaté au laryngoscope une amélioration de l'aspect fissuraire interaryténoïdien qui était moins rouge et moins en saillie dans la lumière de la glotte ; l'écartement triangulaire de la glotte intercartilagineuse est moindre, ce qui se manifeste subjectivement par une cessation presque complète de la toux, par une voix plus pure, moins rauque et moins voilée : avant nous, notre distingué confrère, le Dr Lalesque, d'Arcachon ⁽¹⁾, avait observé des résultats à peu près identiques : « Le catarrhe laryngé simple, tout comme la trachéo-bronchite simple, inflammatoire, accompagnant et complétant la phthisie pulmonaire constituent des indications de la cure atlantique. Ces manifestations vulgaires, greffées à la tuberculose, sont les premières à s'amender, puis à disparaître sous l'influence du climat marin. Sur elles se feront sentir surtout les effets de préservation de ce climat. » Nous faisons suivre à la généralité de nos malades, d'une façon aussi régulière que possible (ce qui n'est pas toujours facile selon la condition sociale), un traitement local, qui est le complément indispensable de la cure hygiéno-diététique.

β) *Contre-indications.* — Très rares sont les tuberculeux du larynx à cette période à qui l'on doit défendre le climat marin, et c'est beaucoup sur l'état de leurs poumons que l'on doit se baser pour leur tracer une ligne de cure. Tout tuberculeux de larynx qui a de la fièvre hectique, qui fait des hémor-

(1) LALESQUE. — Cure marine de la tuberculose pulmonaire.

ptysies fréquentes, ne peut pas bénéficier du contact direct de la mer, non pas tant pour son organe vocal que pour ses poumons qui se trouveraient très mal de ce voisinage excitant. Mais à ceux-là nous avons la ressource d'offrir des zones moins irritantes pour le poumon.

Cinq de nos malades vus à cette première période de l'affection, avec de petites lésions pulmonaires et un état général satisfaisant, ont suivi la cure d'air marin et de soleil et vaquent actuellement à leurs affaires, avec une amélioration du côté des poumons et une cicatrisation presque complète du côté du larynx. Il y a cependant, chez tous ces malades, persistance à la commissure interaryténoïdienne des villosités, moins marquées qu'à l'état pathologique et qui ne sont sans doute que du tissu cicatriciel fibreux, indemne de toute inflammation bacillaire.

Réflexions. — Donc, d'après nos premières observations, les cas de phtisie laryngée au début, quand l'état des poumons n'est pas des plus précaires et qu'il y a lieu d'espérer, du côté de ces derniers organes, un bénéfice de la cure hygiénique, quand le tempérament du malade peut s'accommoder d'un air tonique et stimulant, nous sommes persuadés que l'air marin est un sédatif excellent des premières douleurs et un modificateur de ces tissus pas encore profondément atteints. La nutrition est activée au niveau du larynx et la résistance de l'organe, excitée par l'air marin, aura raison de l'envahissement microbien.

III. TUBERCULOSE LARYNGÉE A LA DEUXIÈME PÉRIODE. — Dans les cas de laryngite tuberculeuse à la deuxième période, c'est-à-dire, lorsque les modifications de la voix sont plus importantes (voix pluritonale, eunuchoïde) lorsqu'il y a de la phonophobie, lorsque la toux devient irritante et fatigante, lorsque apparaissent la dysphagie et la dyspnée et que l'ulcération et l'infiltration caractérisent cette période, le climat marin est-il bon ou mauvais ?

a) *Indications.* — De même que dans toutes les périodes de la maladie, l'état des poumons et le siège des lésions peuvent laisser espérer une amélioration de la laryngopathie. L'infiltration, quand elle est localisée, qu'elle ne s'étend pas profondément

ment dans les tissus, l'ulcération, quand elle siège dans l'endolarynx, dans des endroits où elle n'est pas sans cesse irritée par la déglutition, peuvent rester longtemps dans le même état, ou s'améliorer ; on peut voir même souvent une cicatrisation se produire, pourvu que l'organisme ne soit pas trop affaibli, que les poumons soient en voie d'amélioration. Certains malades, qui se sont présentés à nous avec des ulcérations végétantes peu développées des cordes vocales, occasionnant de la dysphonie et de la dyspnée, ont pu facilement supporter l'influence directe du climat marin, voir leur état devenir meilleur, et nous constatons au laryngoscope un arrêt dans le développement de ces ulcérations, quelquefois leur flétrissure, mais jamais leur disparition complète... La pureté de l'air empêche les infections secondaires, et, avec le rétablissement des forces de l'organisme, les lésions initiales de la tuberculose, simples infiltrations peu étendues et peu profondes, guérissent sans traitement local et ne passent presque jamais à la période d'ulcérations. Notre distingué confrère, le Dr Lalesque, d'Arcachon, avait déjà observé les mêmes résultats : « Quant à l'ulcération laryngée, s'il est vrai qu'elle soit souvent le commencement de la fin, il est non moins vrai qu'on la rencontre parfois alors que les poumons sont peu envahis et l'état général encore satisfaisant. En ce cas, le séjour des plages chaudes et humides peut rendre les douleurs supportables. La liquéfaction des crachats, la diminution de leur viscosité est un des premiers résultats de la climathérapie marine. Aussi les quintes de toux, si douloureuses au cas d'ulcérations laryngées, sont-elles diminuées de fréquence et sont-elles autrement efficaces pour débarrasser le larynx de ses produits de sécrétion. » Nous avons vu aussi cette toux diminuer chez plusieurs de nos malades en même temps que cessait presque complètement l'expectoration.

β) *Contre-indications.* — Quels sont à cette période les cas où l'air de la mer est préjudiciable. Nous répéterons que la résistance de l'organisme sera un des premiers facteurs de la possibilité de la cure. Les infiltrations de la région aryénoïdienne ; les ulcérations trop étendues ou situées sur l'épiglotte ou sur les aryénoïdes, une dysphagie trop prononcée sont des contre-

indications à la cure marine. Et encore pourrions-nous demander quel est l'avenir réservé à ces lésions dans d'autres climats ? que pourra de plus le climat d'altitude ou le climat de plaine. Ces cas, dans lesquels la scène est dominée par la dysphagie avec son triste cortège de douleurs terribles et d'appréhensions, nous semblent justiciables avant tout d'un traitement local énergique, peu importe le climat, pourvu qu'il ne soit pas trop humide. Il faut aussi compter sur la faiblesse du malade à qui l'on ne peut permettre de voyage vers une contrée plus bienfaisante : on a alors la ressource sur la Riviera d'utiliser les collines environnantes ou certaines stations de l'intérieur des terres qui ne demanderont pas pour s'y rendre un déplacement fatigant.

Réflexions. — L'observation de neuf malades vus à cette période nous permet donc de conclure de la parfaite tolérance du larynx pour l'air marin et nous avons pu constater que, dans certains cas, il y avait de la part de cet air marin une véritable action curative sur les infiltrations et les ulcérations. La sécheresse de l'air marin produit d'heureuses modifications en tissu de sclérose, et c'est assez souvent vers cet état que tendent les hyperémies bacillaires.

D. — TUBERCULOSE LARYNGÉE A LA TROISIÈME PÉRIODE. — A la troisième période enfin, de la tuberculose laryngée, lorsque l'organe vocal est envahi par les ulcérations, les tuméfactions et les infiltrations diffuses, lorsque la dysphagie est intolérable, l'aphonie presque absolue et la respiration très pénible et presque impossible, à cette période de périchondrites et de nécrose, l'air marin est une contre-indication formelle. Les poumons sont déjà depuis longtemps le siège d'une imprégnation bacillaire qui ne permet plus d'espérer une guérison ; l'état général est des plus précaires. De tels malades ne doivent avoir recours qu'à des médications locales ayant pour but d'atténuer les symptômes si douloureux du larynx et il est inutile de compter sur une action quelconque du climat ou de la cure hygiéno-diététique. Bien plus, l'excitation produite par l'air marin donnera un coup de fouet à cette manifestation et il est de toute utilité, si l'on peut encore le faire, d'éloigner le malade dans des climats moins stimulants. Mais tous les malades

ne sont pas transportables et il ne nous restera que la consolation, en essayant de calmer leurs douleurs, de leur laisser l'illusion de la guérison qu'ils sont venus chercher sous ce ciel lumineux, devant cette nature luxuriante et sous la chaleur d'un soleil qui réconforte et qui réjouit. Ne vaut-il pas mieux pour ces malades, contre lesquels s'use inutilement toute thérapeutique, qu'ils soient en contact avec ce climat plein de ressources exceptionnelles, plutôt que de les voir agoniser lentement sous un ciel de brouillards et de tristesse : l'azur de notre ciel met de l'espoir dans leur âme.

A cette dernière période de la maladie peut se rattacher, au point de vue symptomatique et thérapeutique, l'infection subaiguë au cours de la tuberculose laryngée chronique à forme torpide, ou au cours d'une infection bacillaire des poumons à marche rapide. Cette poussée subaiguë est due à des causes multiples, quelquefois à l'emploi irraisonné de la cure, ou à la cachexie, à des intolérances individuelles, et si l'air marin était utile au cours de la première ou de la deuxième période de l'affection, il devient à ce moment-là absolument contraire au malade. Tout au plus peut-on tenir ces malades dans une zone où l'air marin arrive très atténué et nous avons eu connaissance par notre excellent confrère, le Dr Malibran, d'un malade en traitement au sanatorium de Gorbio qui avait eu une poussée subaiguë au larynx et qui supportait très bien les effets de la cure hiverno-marine.

Ils sont nombreux les tuberculeux du larynx à la 3^e période qui espèrent trouver dans le midi de la France le climat curateur ; mais ils viennent beaucoup trop tard alors que la partie est perdue pour eux. Dans nos observations ces malades abondent et nous avons toujours constaté chez eux une marche précipitée et fatale de l'affection locale et une déchéance rapide de l'organisme. Ce sont là, des patients à qui l'on doit éviter ce déplacement vers le midi, car ils ne peuvent en bénéficier d'aucune façon.

CONCLUSIONS. — La cure hiverno-marine de la tuberculose laryngée est possible tout autant que la cure d'altitude.

Le climat marin du sud-est de la France, de Cannes à

Menton, apporte dans le traitement hygiéno-diététique de la tuberculose du larynx des conditions de cure dues à des facteurs naturels de premier ordre : une température douce sans variations thermométriques brusques, un soleil et une luminosité intenses, une exposition au Sud-Est à l'abri des vents du Nord et de l'Ouest, une végétation luxuriante et une mer généralement calme et peu troublée.

L'association de toutes ces richesses naturelles aux principes de cure des sanatoria : repos, air libre, suralimentation, permet de réaliser une thérapeutique plus efficace encore que celle mise en action dans les climats d'altitude.

Pour la tuberculose laryngée comme pour la tuberculose pulmonaire, le climat marin n'est une contre-indication que dans certains cas bien déterminés, tandis que dans la généralité des laryngites bacillaires, du moins à la première et à la deuxième période, l'on peut, en formulant certaines mesures de précaution, permettre aux larynx tuberculeux le séjour au bord de la mer.

A la première période de la tuberculose laryngée, l'air marin et le soleil produisent une suractivité de nutrition au niveau de l'organe vocal et les tissus hypérémisés ont une tendance rapide à reprendre leur aspect normal. Les congestions locales sont rares et l'air tonique et stimulant de la mer est un sédatif excellent des premières douleurs et un modificateur de ces tissus modérément atteints par l'infection bacillaire.

De même, la tuberculose laryngée à la deuxième période peut bénéficier de l'influence de l'air marin : l'infiltration localisée, l'ulcération limitée, peu étendue et située dans l'endolarynx subissent quelquefois un véritable travail de sclérose : L'état des poumons et le bon fonctionnement de l'organisme sont nécessaires pour que ces modifications puissent se produire. Sont contre-indiquées à cette période les laryngites à infiltrations et à ulcérations diffuses et tous les cas où l'organisme est cachectisé et où les lésions pulmonaires sont trop avancées.

La tuberculose laryngée à la troisième période est une contre-indication formelle à la climathérapie marine.

En somme, comme dit Chuquet, nous pouvons conclure que pour le climat marin comme pour l'altitude, il est bien difficile de juger *à priori* et parfois ce sont les sujets paraissant devoir le moins s'accommoder du voisinage de la mer qui en retirent les plus grands bénéfices. Il y a bien moins de phtisiques réfractaires à la cure marine qu'on ne le croit.

PATHOLOGIE PHARYNGÉE DE PARACELSE

Par C. CHAUVEAU.

INTRODUCTION

La Renaissance, ce magnifique mouvement de rénovation intellectuelle, qui, après la longue torpeur du Moyen Age, donna une impulsion si profonde et si durable aux lettres, aux arts et aux sciences, fit sentir aussi son influence bienfaisante sur la médecine, en élargissant singulièrement le domaine des connaissances cliniques et en s'attaquant aux conceptions pathogéniques traditionnelles.

Parmi les promoteurs les plus actifs des idées nouvelles, apparaît Paracelse, esprit bizarre, irrégulier, sans pondération, comme tout enfumé par les conceptions obscures des sciences hermétiques, mais puissamment original, actif, pénétrant, parfois traversé par de véritables éclairs de génie, surtout intuitif, mais capable d'être à l'occasion un excellent observateur, justifiant à la fois les sentiments les plus contradictoires chez ces contemporains, du mépris à l'admiration la plus ardente, et servi, dans son œuvre révolutionnaire, tout autant par ses singularités que par ses qualités incontestables.

Adversaire acharné des théories galéniques ⁽¹⁾, il les remplace sans doute par des hypothèses tout aussi inexactes et empreintes d'un mysticisme nuageux ; mais, en ébranlant ⁽²⁾

(1) Etant professeur à l'Université de Bâle, il brûla sur la place publique les œuvres de Galien.

(2) Dans son enseignement, Paracelse s'éleva avec une violence inouïe contre les opinions des anciens, principalement des Arabes, disant qu'Avicennes, Rhazès et Albucasis n'étaient pas dignes de lui dénouer les cordons de ses souliers.

des traditions tant de fois séculaires et qui paraissaient indestructibles, il suscite des doutes sur bien des questions qui paraissaient définitivement résolues, et provoque ainsi des recherches indispensables.

Paracelse rendit encore un autre service d'une portée immense, en insistant sur le rôle prépondérant qu'il fallait accorder, suivant lui, à la chimie dans l'art de guérir. Les innombrables découvertes en biologie et en thérapeutique, accomplies grâce à cette belle science au cours de ces cent dernières années, justifient, en quelque sorte, les paroles sévères qu'il adressait aux médecins de son époque, lorsqu'il les engageait à salir leurs gants en manipulant les cornues, afin d'arracher à la nature ses secrets.

L'alchimie avait du reste été son étude favorite. Son père, médecin distingué du couvent d'Einsiedeln, près de Zurich, puis de Villach, en Styrie, lui en avait, dans son enfance, inculqué les premiers principes. A peine adolescent, il devint le disciple du célèbre alchimiste Tritheim, abbé de Sponheim, à l'Université de Bâle, et se perfectionnait ensuite dans le laboratoire de Sigmund Fugger, à Schwal (Tyrol). Il compléta ces notions par de longs voyages dans les principales villes universitaires de l'Europe, et en interrogeant les mineurs de la Saxe ou de la Transylvanie, les bohémiens de la Valachie ⁽¹⁾. Il pénétra même en plein pays musulman, en Egypte et à Constantinople, où il se fait gloire d'avoir été initié à bien des faits généralement ignorés. Ainsi, tout imprégné des doctrines alchimiques, partageant toutes les illusions et les espérances folles des chercheurs de la transmutation des métaux, croyant posséder ces connaissances supérieures, qui asservissent en quelque sorte la nature à l'homme et lui permettent, à volonté, de créer de l'or et le fameux élixir de longue vie, qui guérit tous les maux, Paracelse osa s'élever contre les opinions régnantes, parce qu'en somme il pouvait dresser, en quelque sorte, autel

(1) Paracelse se vantait d'interroger sans parti pris les médecins habiles, les rebouteurs, matrones, baigneurs, bergers, astrologues qui, tous, se mêlaient plus ou moins de médecine. Il s'instruisait même, dit-il, près des bourreaux, qui passaient pour fabriquer avec la graisse de leurs suppliciés des onguents d'un pouvoir souverain.

contre autel. Le temps n'était pas encore venu en effet des recherches accomplies dans un esprit purement scientifique et libre de toute hypothèse dominatrice.

Pour bien comprendre certaines particularités du système médical de Paracelse, notamment la théorie chimique qu'il donne de l'angine, il est indispensable d'entrer dans quelques éclaircissements sur cet art mystérieux de la pierre philosophale, qui se révèle par des écrits d'une subtilité abstruse et des conceptions symboliques si obscures qu'elles ne sont accessibles qu'aux seuls initiés, proscrit par les lois, redouté par le peuple qui lui attribuait une origine diabolique ⁽¹⁾ et dont les adeptes — étrange assemblage de philosophes profonds (Arnaud de Villeneuve, Raymond Lulle, Albert le Grand), d'ignorants hallucinés, de savants véritables (Roger Bacon, Basile Valentin), d'imposteurs éhontés, de médecins justement célèbres (Rhazès, Avicennes, Albucasis, etc.), de charlatans sans mérite et sans scrupules, de faux monnayeurs et même d'empoisonneurs — célèbrent en quelque sorte les rites, le plus souvent la nuit, dans des réduits soigneusement cachés que garnissent des cornues et des alambics, et qu'éclaire fantastiquement le feu des fourneaux.

La chimie d'alors ressemblait bien peu à celle de notre époque. La partie organique n'existait pas. On ignorait les métalloïdes tels que l'oxygène, l'hydrogène, le chlore, l'iode, le fluor, le brome, le phosphore..... Les connaissances sur les métaux présentaient des lacunes aussi grandes. On ne savait pas ce qu'étaient véritablement un acide, une base, un sel ; mais néanmoins les notions sur la métallurgie étaient assez complètes et la liste des composés divers, entrevus à cette époque, est déjà longue. Beaucoup de ces découvertes semblent dues aux Egyptiens ⁽²⁾ et aux Chaldéens. Ces vieux peuples

(1) Les Babyloniens croyaient que l'alchimie leur avait été révélée par des démons chassés du ciel. Cette tradition se retrouve dans Tertullien et dans Clément d'Alexandrie.

(2) Les anciens Egyptiens étaient très experts en métallurgie. Ils connaissaient une multitude d'alliages, savaient préparer les métaux précieux à divers titres, et falsifier l'or à l'aide du laiton et de l'orichalque, c'est-à-dire d'alliages dérivés du cuivre. Ils fabriquaient le verre, les émaux, teignaient les étoffes, etc... Consulter pour plus de détails les papyrus de Leyde.

paraissent de plus avoir été les créateurs d'une série d'hypothèses qui dominèrent toute l'histoire de l'alchimie, telles que celles de la transmutation de la matière ⁽¹⁾, de la correspondance de chaque métal avec un corps céleste déterminé (le fer à Mars, l'or au soleil, l'argent à la lune, le plomb à Saturne, théorie, suivant Berthelot, d'origine babylonienne), de la conformité exacte en toutes leurs parties du macrocosme (univers) avec le microcosme (corps de l'homme), idée émise vraisemblablement par les Chaldéens. Comme on le voit, l'alchimie s'imprégna de bonne heure d'astrologie. A l'époque de la fondation d'Alexandrie, un nouveau mélange s'opéra avec les rêveries de la métaphysique néoplatonienne (théorie de l'archée ou âme universelle, de l'âme sensible ou archée particulière à l'homme qui était chargée de toutes les fonctions matérielles de l'organisme, notamment des réactions chimiques par lesquelles on expliquait ces fonctions, du corps astral entourant les êtres et survivant à leur mort, etc.). L'alchimie touchait ainsi à la physiologie. Un autre contact se produisit de bonne heure avec la médecine. En effet, en distillant, en décomposant et en recomposant sans cesse les substances les plus hétéroclites, les alchimistes arrivèrent à trouver des remèdes beaucoup plus puissants que ceux de la pharmacopée galénique. Ils connaissaient déjà de véritables extraits, des teintures, peut-être même étaient-ils sur la voie des essences véritables. Ils maniaient les substances toxiques avec prédilection, parfois dans un but criminel, mais en général dans une pensée plus humaine de venir au secours de leurs semblables ; un des passages les plus intéressants de Paracelse est celui où il s'efforce de démontrer que, si les poisons peuvent donner la mort, ils peuvent aussi provoquer la guérison des maladies les plus rebelles, et, qu'en somme, dans toute substance toxique, il y a un remède, un antidote, qu'il s'agit de découvrir.

Le système de Paracelse repose sur des données très analogues à celles que nous venons d'exposer. Suivant lui, toutes

(1) Les anciens s'appuyaient sur certains phénomènes mal interprétés comme la vaporisation qui changeait l'eau en un nouvel élément, l'air ou la solidification qui la transformait en une sorte de corps solide (élément terre).

les maladies sont dues, soit à un trouble de l'archée, soit à un empoisonnement, soit aux maléfices des magiciens, soit aux conjonctions astrales défavorables ⁽¹⁾, soit aux réactions anormales des minéraux, que l'on supposait parties constitutantes du corps humain, comme du sol de la terre ; en effet, d'après la théorie du macrocosme et du microcosme, on devait rencontrer chez l'homme les composés chimiques dont est formé l'univers.

Paracelse n'a pas composé un traité de nosologie proprement dit, il a fait surtout de la pathologie générale. (*Paramirum, Traité des maladies métalliques, des médicaments...*) Toutefois, dans ces traités, on trouve çà et là des remarques fort intéressantes sur une affection qu'il croit nouvelle, la *Prunella*, et qui n'est autre, comme nous l'exposerons tout à l'heure, que la diphtérie. Ce n'est que dans sa petite chirurgie (chapitre des apostèmes) qu'il décrit d'une façon succincte, et presque sous la forme d'aide-mémoire, un certain nombre d'affections parmi lesquelles se trouvent l'angine et le branchus (processus ulcéreux). Enfin, dans son célèbre ouvrage sur la peste et la syphilis, il étudie les manifestations pharyngées d'origine vénérienne.

I. — ANGINES.

Paracelse, comme les anciens, néglige l'angine bénigne pour ne s'occuper que des formes phlegmoneuses ; et même il range « l'esquinancie » dans les apostèmes (affections caractérisées par la formation d'un « dépôt » ou abcès.) D'autre part, faisant dériver les troubles angineux des perturbations du réalgar, il les classe dans le groupe des apostèmes charbonneux.

Pour Paracelse, le mot de réalgar n'a pas le sens précis qu'on serait tenté de lui donner actuellement. Ce n'est pas uniquement du sulfure d'arsenic, mais encore une sorte de fumée des métaux, un état particulier de leur matière, aussi subtil et aussi irréel que le mercure philosophique des alchimistes

⁽¹⁾ Ce qui expliquerait, suivant lui, les épidémies d'angines, par suite des perturbations chimiques qu'elles causent.

alexandrins, qui constituait, suivant eux, l'essence dissimulée de tous les corps solides. C'est ainsi que Paracelse parle de réalgars tirés de l'or, de l'argent, du plomb, du cuivre, etc... qui, pense-t-il, sont des espèces différentes du réalgar vulgaire.

Pour étayer cette hypothèse que le réalgar engendrerait ces perturbations morbides, il fait remarquer que les apostèmes, reconnaissant cette origine, ont une teinte rose franche, analogue à celle du rubis que ne saurait produire le sang ⁽¹⁾. En s'alliant à d'autres substances, dit-il, le réalgar peut devenir d'un vert franc ou même noir ⁽²⁾; or, ces teintes ne sauraient être déterminées par la bile (vert) ou l'atrabile (noir) comme le soutiennent les humoristes.

Et admettant la nature charbonneuse de l'esquinancie tout entière, Paracelse ne faisait qu'étendre aux apostèmes gutturaux une conception pathogénique que les chirurgiens italiens des siècles précédents (Rolando, par exemple) réservaient aux phlegmasies malignes à tendance gangréneuse. D'ailleurs, le charbon était regardé comme une affection très voisine de l'érysipèle, auquel, comme on le sait, les anciens avaient fait une grande place dans la pathologie pharyngée; ils attribuaient les deux affections à la bile brûlée. De la sorte, en rapprochant beaucoup l'érysipèle du charbon, Paracelse n'a fait que dépasser pour ainsi dire la ligne qui séparait d'ailleurs très peu ces deux maladies. De plus, il avait eu l'occasion de voir la terrible diphthérie (prunelle) et considérait, comme Aetius et Aretée, la noirceur des fausses membranes comme un signe de gangrène charbonneuse. En rapprochant donc, comme il le fait, l'angine d'autres manifestations semblables, de l'anthrax par exemple, il en faisait une maladie locale, bien cantonnée comme l'anthrax à la région qu'elle frappe, ayant un siège précis ⁽³⁾ et laissant les parties voisines intactes ou à peu près, à moins de complications spéciales. Or, avec les théories an-

(1) Rappelons que les anciens ne connaissaient guère que le sang veineux.

(2) Ce sont, comme on le sait, les couleurs de la gangrène.

(3) Paracelse fait même soigneusement remarquer que le centre (siège) du mal est le pharynx.

ciennes humores d'Hippocrate et de Galien, les humeurs peccantes envahissaient les veines du cou en général, conception qui enlevait toute précision à la topographie réelle du mal. Ici, l'angine, étant un charbon, emprunte sa symptomatologie particulière à la *localisation* même des lésions. C'est bien là la conception de Paracelse, puisque, à propos de certains symptômes de la maladie, il renvoie à l'étude générale qu'il a faite des apostèmes charbonneux. L'angine devient ainsi le résultat d'un processus général à détermination pharyngée, détermination qui, par essence, n'est pas plus précise que notre œdème, nos congestions... Cette conception si nettement affirmée de processus généraux à déterminations locales multiples, mais de nature identique, est un progrès réel au point de vue de la philosophie médicale.

Les dépôts (apostèmes) dus au réalgor s'annoncent, suivant cet auteur, quelle que soit leur topographie, par un mouvement fébrile plus ou moins violent et plus ou moins persistant. La douleur est exacerbante et les parties lésées se teignent des vives couleurs du rubis. En effet, le rouge rose qu'elles présentent n'a rien à faire, redisons-le, avec la couleur lie de vin du sang veineux. S'il se trouve d'autres principes chimiques, combinés avec le réalgar, on pourra parfois noter une teinte qui tire sur le vert, plus souvent sur le noir, mais d'une nuance qui ne rappelle ni la bile (vert) ni l'atrabile (noir) des humoristes.

De cette étiologie charbonneuse dérivait, pour Paracelse, cette notion que les « esquinancies », comme d'ailleurs tous les charbons qui n'évoluent pas vers la formation d'un abcès, font courir les plus grands dangers. La clinique, en effet, avait appris aux médecins de cette époque qu'un anthrax, par exemple, peut ainsi — ce qui est le cas chez les diabétiques et les albuminuriques — être pris de gangrène, c'est-à-dire de troubles infiniment plus graves que la suppuration. D'autre part, comme on le sait, les bubons de la peste, qui deviennent rapidement noirâtres, sont en général mortels ; or, Paracelse devait être familier avec les symptômes de cette terrible maladie alors très fréquente. Il fallait donc, étant donné une variété quelconque de charbon, favoriser autant que possible la termi-

naison naturelle, c'est-à-dire la formation d'un abcès ainsi que son évacuation au dehors et éviter soigneusement toute médication capable de s'opposer à cette marche naturelle. Ce n'est qu'ensuite qu'on devait s'efforcer de régulariser et de hâter le processus de guérison ; et encore, le rôle utile du médecin était, selon lui, bien limité, ainsi que nous allons le voir plus loin.

La symptomatologie de l'angine est esquissée par Paracelse en quelques mots seulement. Ceci n'a rien qui puisse étonner, si l'on se souvient que sa petite chirurgie n'est autre chose qu'un aide-mémoire. Il se borne en quelque sorte à mentionner les deux symptômes principaux de l'affection, c'est-à-dire la dyspnée et la dysphagie.

La marche qu'il lui assigne est naturellement celle du charbon, c'est-à-dire la tendance plus ou moins rapide à la formation d'un dépôt qui s'ouvrira au dehors quand il sera mûr. Cependant, bien qu'il localise le mal exclusivement dans le pharynx où il a pris naissance par les réactions vicieuses du réalgar, il est obligé de reconnaître que, parfois, les parties voisines (régions latérales du cou et nuque) peuvent participer à la maladie. Ceci semblait en faveur de la théorie galénique, d'après laquelle les humeurs peccantes occupaient, d'une façon plus ou moins diffuse, les veines du cou (les jugulaires, si c'était le phlegme, les petites veines, s'il s'agissait d'une humeur plus subtile, c'est-à-dire de la bile). Mais Paracelse n'est pas embarrassé pour si peu. Il rappelle que le réalgar du charbon est infiniment plus quintessencié, plus fin que le réalgar vulgaire (sulfure d'arsenic) et que, par conséquent, il fuse facilement dans les parties voisines, les rougit et les tuméfie. C'est, du reste, la seule complication qu'il note dans ce très court résumé sur l'angine.

Le pronostic est basé sur la question de savoir si le dépôt se formera et pourra s'ouvrir au dehors. A ce point de vue, Paracelse se montre bien moins clinicien qu'Hippocrate par exemple, sur lequel cependant il avait écrit des commentaires et qu'il devait, par conséquent, bien connaître. Il ne sait pas démêler, comme lui, l'importance de certains symptômes sur lesquels le père de la médecine a insisté avec juste raison. Ici encore,

comme dans ce qui a trait aux complications, il lui est notablement inférieur. Cependant, la notion introduite par Paracelse, d'une évolution naturelle, a bien aussi son importance. Il ne s'agit plus en effet simplement d'une constatation grossière et, en quelque sorte, surtout chronologique du début, de l'état et de la terminaison, comme on en trouve chez les méthodistes par exemple; il y a ici une vue, hypothétique encore, il est vrai, insuffisamment précisée, mais exacte néanmoins, de processus anatomiques intimes, qui, une fois en marche, suivent un cycle déterminé. L'iatrochimisme a contribué beaucoup à faire naître et à développer chez les médecins cette utile notion.

Cette préoccupation de faire mûrir l'apostème et de lui permettre de s'ouvrir au dehors (Paracelse continue à négliger les formes bénignes du mal, ainsi que ses contemporains et la plupart des anciens, pour ne s'occuper que de la pharyngite phlegmoneuse), le préoccupe tellement qu'il lui sacrifiera pour ainsi dire tout le traitement de l'angine. Ici encore un certain nombre de faits cliniques justifiaient en quelque sorte la voie dans laquelle il était entré. On sait que, si un processus phlegmoneux plus ou moins diffus siège dans la cavité buccopharyngée, plus vite le mal se cantonne et évolue vers un abcès bien limité, plus on a de chance de voir le malade se tirer d'affaire; tandis que si l'œdème et la tuméfaction gagnent rapidement les parties voisines sans tendance à la formation d'un foyer de suppuration bien net, c'est-à-dire sans se collecter, puis s'ouvrir, comme s'expriment les modernes, le malade est irrémédiablement perdu. C'est ce qu'on a l'occasion de constater par exemple dans les angines de Ludwig et de Senator; la bactériologie donne la clef de ces symptômes si différents en montrant qu'il s'agit de septicémies d'intensité variable. Paracelse pouvait aussi, rappelons-le, être arrivé à cette notion par l'observation de certaines épidémies d'angines meurtrières de l'époque qui ne se terminaient que trop souvent par gangrène.

Son traitement est inspiré par deux considérations: d'une part la notion que le mal siège exactement au pharynx et que c'est là qu'il faut uniquement agir et, d'autre part, la crainte

que l'apostème pharyngé, le charbon de la gorge, comme il l'appelle, ne puisse arriver à maturation. Aussi, il rejette délibérément les méthodes perturbatrices, par lesquelles les humoristes tâchaient de juguler l'affection dès le début. On peut dire qu'à ce point de vue Paracelse s'est montré beaucoup plus radical que les méthodistes, car il proscriit énergiquement la saignée, les purgatifs, les ventouses et les vésicatoires. Sa façon de traiter la pharyngite ne diffère pour ainsi dire aucunement de la médication topique prescrite aujourd'hui. Il s'en tient, au début, exclusivement aux gargarismes lénitifs et adoucissants propres à apaiser, comme il le dit, la douleur et à favoriser la maturation du mal. A une période plus avancée il s'est bien trouvé d'une préparation officinale formée de miel rosat, d'aristoloche ronde, d'eau de prune ou de prunelle ; mais on ne devait y avoir recours qu'après l'ouverture de l'apostème. Paracelse et les médecins alchimistes, ainsi que beaucoup de patriciens de l'époque du reste, avaient une très grande confiance dans l'eau de prunelle. Parlant ailleurs de ce médicament, il le regardait presque comme le spécifique, comme la panacée de l'angine ; (on sait que cet auteur n'admettait pas la panacée universelle de certains alchimistes ; mais il pensait que chaque affection devait avoir son remède spécifique, qu'il s'agissait de découvrir. Toutefois, on aurait lieu de s'étonner de cette faveur extraordinaire accordée à pareille drogue, si l'on ignorait les étranges hypothèses auxquelles Paracelse et beaucoup de ses contemporains aimaient à se livrer. Il y avait très probablement là quelque chose de ce qu'on a appelé la médecine des signatures.

Paracelse en effet admettait, outre les propriétés évidentes des médicaments, des propriétés cachées, des « arcanes » que rien ne venait révéler, sauf certaines analogies de nom et surtout d'apparence physique. Or ici, rappelons que l'angine était alors dénommée assez souvent prunelle ⁽¹⁾ par le vulgaire, et que notre auteur a même employé ce terme en divers passages de ses œuvres. D'autre part, les amygdales enflammées ont vaguement la couleur et la forme d'une prune rouge mûre,

(1) *Prunus* signifie érysipèle chez les auteurs du moyen-Âge.

comme le fait remarquer un commentateur français de Mathioli. Il n'en fallait pas plus pour supposer à ce fruit une action mystérieuse, toute puissante quoiqu'invisible sur l'archée, c'est-à-dire sur l'âme sensible, auxquelles sont dévolues, suivant les néoplatoniciens et Paracelse, les fonctions matérielles de l'économie et qui se laisserait modifier par les irradiations du corps astral, des étoiles, des plantes, des animaux, de l'homme. — (Paracelse admet que le corps astral du médecin agit sur celui des malades et détermine ainsi des réactions salutaires ; aujourd'hui nous parlerions de suggestion). — Mais cependant, quelle que fût l'action bienfaisante de la fameuse eau de prunelle, Paracelse reconnaît que l'apostème une fois ouvert ne se cicatrise, comme toutes les autres plaies du reste, qu'à l'aide du *baume naturel*. Disons comme il concevait ce baume. Il ressemblerait un peu aux préparations médicinales qui portent ce nom, mais serait beaucoup plus subtil. Nos tissus en étant naturellement imbibés se trouveraient ainsi préservés de la putréfaction. Le rôle du médecin était de favoriser la formation abondante de ce baume et de s'opposer à son altération ; mais l'homme de l'art ne pouvait, pensait-il, arriver sans cette substance à la guérison de la plaie qui se fait, en définitive, sans son intervention et par les seules forces de la nature. Cette doctrine, comme on le pense bien, avait soulevé l'indignation de beaucoup de ses confrères, qui l'accusaient de dénigrer le pouvoir de la médecine et de la faire passer quasi pour impuissante aux yeux du public. La postérité s'est montrée plus juste que les contemporains de Paracelse. Elle sait que la cicatrisation s'effectue à l'aide de processus spontanés, sur lesquels on n'a guère de prise ; de telle sorte qu'il faut, comme le disait Paracelse, se borner à écarter les causes perturbantes du phénomène.

S'il y avait tuméfaction des parties voisines Paracelse recommandait, mais alors seulement, l'application de topiques cutanés, dont il donne la formule. C'étaient des sortes de cataplasmes à la farine de fennu grec mélangée à de la céruse, au camphre ou bien faits de miel rosat, de barbe de Jupiter, de carthame qu'on appliquait tièdes sur la nuque.

II. — BRANCHUS

Sous le nom de Branchus, immédiatement après l'apostème guttural, Paracelse décrit, d'une façon fort brève et fort vague il est vrai, l'amygdalite, bien qu'il ne nomme pas expressément son siège, les tonsilles. En effet, il emprunte ce terme baroque aux vieux chirurgiens italiens, notamment à Rolando. Or, chez ces auteurs le mot branchus a la signification que nous lui donnons ici. D'autre part, si Paracelse ne parle pas des amygdales, il signale la tuméfaction de la luette et du voile qui est si fréquente dans cette affection.

Il attribue le mal à une descente des humeurs, qui, dévoyées ou altérées, s'élimineraient par les tonsilles, qu'il regardait comme une sorte d'émonctoire. Ceci semblerait démontrer que Paracelse au besoin se rangeait, comme ses contemporains, parmi les partisans de doctrines pathogéniques qu'il combat autre part avec tant d'apreté ; mais ce n'est qu'une apparence. En effet si l'on se rapporte à son traité de philosophie médicale, on voit qu'il entend par humeurs, les liquides de l'organisme chargés de toutes sortes de déchets et en quelque sorte excrémentitiels. Ainsi, pour lui, la bile est surtout nuisible parce qu'elle contient toutes sortes d'excréments, notamment ceux du foie. Paracelse était ainsi arrivé à cette notion fort juste que les liquides de l'organisme sont chargés de principes toxiques, dûs aux modifications chimiques multiples que subit la matière vivante.

Pour lui, le branchus est une maladie caractérisée par une inflammation de la luette et du voile, ainsi que des parties voisines, qui tantôt reste cantonnée et tantôt se propage au reste de la gorge, y déterminant les phénomènes habituels de l'angine.

Comme traitement, Paracelse recommande surtout les « arcanes », c'est-à-dire les médicaments à propriétés cachées et mystérieuses, dont il fait si grand cas, aussi préconise-t-il surtout l'eau de prune contre le branchus. Il indique encore deux gargarismes ; l'un composé de suc de pyrètre, d'hypericum, de persicaire associés avec de l'oxymel, l'autre préparé avec du suc de grenade, de persicaire et de vinaigre. Ces topi-

ques déjà employés par les anciens étaient regardés par eux comme cautérisants et excitants.

III. — DIPHTHÉRIE

Contrairement aux opinions courantes, Paracelse, le premier a rappelé l'attention sur les angines diphthériques profondément oubliées depuis Aretée et Aétius ; et cela bien avant les médecins espagnols et italiens du commencement du xviii^e siècle, avant Forestus et même avant Baillou, qui fit paraître seulement vers la fin du xvi^e siècle son célèbre ouvrage sur les épidémies parisiennes.

Sous le nom de *prunella*, il décrit en réalité la diphthérie bucco-pharyngée. En effet, dans un passage fort intéressant de sa grande chirurgie, où il étudie les maladies infectieuses qui peuvent compliquer les plaies dans les camps en tant de guerre, il signale chez des soldats, en même temps que la prune, des pseudo-membranes (*cuticulæ*) identiques à celles de la gorge. Les manifestations gutturales ne permettent pas de penser qu'il s'agissait de la pourriture d'hôpital.

Paracelse est, comme d'habitude, très bref dans sa description. Il y a, dit-il, au début, chaleur intense dans la gorge avec rougeur très marquée analogue à celle de l'érysipèle ; puis la teinte tourne au blanc grisâtre, au gris et même au noir ; la couleur n'est pas toujours uniforme. Le mal siège vers la racine de la langue.

Dans un autre passage de son traité sur les maladies engendrées par les sels (*mala tartarea*) il en fait le résultat d'une mauvaise digestion du foie ; les sels se déposeraient dans cet organe et l'encrasseraient au point que l'air élémentaire (l'un des quatre éléments de l'univers) appesanti, épaissi, ne peut plus circuler dans le corps, comme il le devrait ; finissant cependant par s'échapper du viscère hépatique, il remonte à la gorge où il détermine, par l'acreté vitriolique dont il est imprégné, tous les phénomènes qui caractérisent la prune. On ne peut pas dire que le foie détermine l'affection, mais on doit reconnaître que c'est un trouble survenu dans le foie qui lui donne naissance. En ce sens, c'est une maladie hépatique.

Dans sa grande chirurgie, Paracelse dit que la prune peut être considérée comme une perturbation de l'arsenic. Or, l'arsenic est pour lui un sel et même un sel caustique, jouant par là le rôle d'un vitriol (les chirurgiens employaient l'acide arsénieux pour détruire les chairs surabondantes ; cette pratique se continua jusqu'au xviii^e siècle). Rappelons d'ailleurs que, suivant Paracelse, c'est aussi à une variété d'arsenic, au réalgar (sulfure d'arsenic) qu'est attribuée la propriété de déterminer l'angine, quand ses réactions dans l'organisme sont troublées.

Le traitement qu'on peut diriger contre la diphthérie buccale, dit Paracelse, est le plus souvent impuissant. Il recommande l'eau de prune. Autre part (*Traité de la perte*), il conseille un remède secret, un de ces arcanes qui agissent mystérieusement par des sympathies cachées (entre les corps astraux des deux êtres ?) Prenez, dit-il, de six à huit écrevisses, pilez-les et nettoyez avec ce suc la langue et le reste du gosier. L'auteur veut en effet qu'on frotte à diverses reprises cet organe, de façon à le nettoyer et à lui restituer sa couleur rouge, parce qu'il faut, dit-il, le désencrasser des substances nocives que le mal y dépose sans cesse au cours de la maladie.

Notons enfin en terminant que Paracelse, dans un passage de son *Traité sur la maladie du tartre*, dit formellement qu'il s'agit d'une *maladie nouvelle*.

IV. — LÉSIONS PHARYNGÉES SYPHILITQUES

Paracelse est un des premiers auteurs qui se soient occupés de la syphilis et l'on s'accorde à dire qu'il en a donné une assez bonne description. Il note soigneusement les accidents secondaires qui surviennent du côté de la cavité buccopharyngée. Il voit là une véritable angine qu'il appelle « squinantia gallica » et confond, comme tous ses contemporains, les plaques muqueuses avec les ulcères. Il signale la fréquence de ces plaques sur les lèvres, les gencives, le voile, etc. Il sait que le larynx est souvent pris d'une façon concomitante et localise les déterminations syphilitiques de cet organe dans sa couche musculaire. L'allure symptomatique, dit-il, rappellerait parfois celle du brancus avec laquelle l'affection peut parfois se combiner.

Aucune manifestation syphilitique n'est aussi violente ⁽¹⁾, ajoute-t-il, ni aussi prête à se putréfier que ces localisations pharyngées. Paracelse parle même d'érosions profondes de l'os du palais et de l'os basilaire, entraînant le rejet par le nez des aliments liquides et même solides. S'agit-il de perforations palatines ou de troubles dysphagiques ? Si la première hypothèse est vraie, Paracelse aurait vu de véritables lésions tertiaires, ce que ferait supposer sa remarque que les ulcères vénériens de la cavité buccopharyngée ont une grande tendance à se putréfier, c'est-à-dire à gagner d'étendue et à amener des lésions destructives.

V. — CONCLUSIONS

Nous venons d'exposer les vues émises par Paracelse sur les maladies du pharynx ; mais pour dégager celles-ci de sa phraséologie si spéciale et si abstruse, il convient d'en faire un court résumé en laissant de côté, bien entendu, la prunelle (diphthérie) dont nous avons longuement parlé et qui est une addition réelle et importante aux connaissances acquises.

Ce qui frappe c'est que, malgré l'extrême concision des chapitres qu'il a consacrés à ce sujet, soit dans cet espèce d'aide-mémoire qu'il a appelé sa petite chirurgie, soit dans son *Traité de la peste et de la syphilis* il ait pu amener dans les conceptions traditionnelles des changements aussi notables bien que ceux-ci d'ailleurs ne portent en réalité que sur deux points, capitaux il est vrai, la pathogénie et la médication.

En remplaçant la théorie humorale par une hypothèse chimique, il a modifié, pour ainsi dire, de fond en comble l'aspect des choses ; ce qui prouve une fois de plus quelle importance il faut ajouter à l'étiologie, même quand il s'agit de la vieille médecine. En effet, en niant les humeurs peccantes, en supposant que l'angine était due à un processus local, il contestait par cela même toute utilité aux médications dérivatives (saignées, purgatifs, scarifications, ventouses, cataplasmes, vésicatoires, vomitifs) et il se trouvait forcément amené à l'usage, pour ainsi dire exclusif, des topiques pharyngés.

(1) Probablement à cause des accidents buccaux d'intoxication mercurielle.

Du reste, en faisant disparaître les théories pathogéniques anciennes, on arrivait fatalement à concevoir autrement les symptômes, la marche et le pronostic, puisqu'on n'entrevoit en somme, tout cela qu'à travers des idées préconçues.

De plus, Paracelse, en admettant d'une part que l'esquinancie était une simple variété du charbon, c'est-à-dire d'un processus dont il ne fallait pas troubler l'évolution normale sous peine de faire courir aux malades les plus grands dangers, en soutenant, d'autre part, que la réparation des lésions morbides se faisait en réalité grâce au baume naturel qui imprègne nos tissus et les préserve de la putréfaction, restreignait singulièrement l'intervention médicale. Le médecin devait en effet se borner à favoriser la formation de l'abcès, terminaison nécessaire et en quelque sorte salutaire de l'affection et, après l'ouverture de celui-ci, empêcher toute perturbation dans le phénomène de la cicatrisation qui lui échappait en réalité. On peut dire que le rôle du praticien n'était plus en somme qu'une *expectative armée*. Aussi la médication de Paracelse n'a rien de la complexité de celle des auteurs gréco-romains. Au début il conseille les gargarismes adoucissants et vers la fin les gargarismes astringents.

La description du branchus, affection produite par un liquide caustique excrémentitiel, engendré par les perturbations morbides de l'économie, semble faire entrevoir peut être qu'il sépare les processus ulcéreux de l'angine proprement dite.

S'il a fait surtout œuvre de théoricien à propos de l'esquinancie et du branchus, il s'est par contre révélé bon clinicien, à propos des lésions syphilitiques de la gorge. Il a noté la constance, le siège, la persistance, les troubles fonctionnels intenses des déterminations vénériennes secondaires qu'il attribue à une sorte d'esquinancie et à la présence d'ulcères. Il a constaté l'existence concomitante habituelle d'une laryngite ; enfin, il a su démêler, et ceci est très important, le caractère destructif des lésions syphilitiques buccopharyngées qui manquent, affirme-t-il, de baume naturel — ce qui les expose beaucoup à se putréfier — et qui peuvent se combiner avec le branchus, terme qui, chez lui, paraît désigner l'amygdalite. Il semble même, comme nous l'avons vu plus haut, qu'il ait signalé les perforations palatines.

TUBERCULOSE DU LARYNX ET GROSSESSE (1)

Par Arthur KUTTNER (de Berlin).

RÉSUMÉ DE L'AUTEUR

L'influence de la grossesse sur la tuberculose du larynx n'a pas été sérieusement étudiée jusqu'à présent. Quatre auteurs ont rapporté sept observations personnelles pouvant servir de preuves pour expliquer les accidents résultant d'une coïncidence de la grossesse avec la tuberculose du larynx. Mais on a négligé de résumer et d'apprécier les expériences contradictoires qui eût été indiqué non pour chaque cas en particulier mais dans l'ensemble. Cette lacune a sans doute fait bien des victimes qui auraient pu être épargnées si la question avait été mieux connue. Ma communication fournira les moyens de combler autant que possible cette lacune.

J'ai pu réunir quinze observations très détaillées et 10 à 12 autres cas, sur lesquels il m'a été impossible d'obtenir des renseignements précis. Sur ces 15 cas, 7 ont été publiés ; quant aux autres, j'en ai observé une partie et le reste m'a été communiqué par plusieurs collègues très documentés sur ce sujet. Je suis particulièrement obligé à MM. B. Fraenkel, Gusserow, J. Lazarus et E. Baumgarten qui ont bien voulu m'aider dans ce travail. Voici les résultats de mes recherches :

La prédisposition héréditaire n'est pas prouvée dans tous les cas. Trois femmes étaient frappées d'affection pulmonaire

(1) Extrait d'une communication lue au 73^e Congrès des naturalistes et médecins allemands tenu à Hambourg en septembre 1901. — Le travail original sera publié dans l'*Archiv. für laryng u Rhinol*, de B. Fraenkel, vol XII.

avant le début de la grossesse. La lésion pulmonaire était toujours primitive.

Dans 12 autres cas on ne put constater d'affection pulmonaire ; ou seulement à une période tout à fait initiale. Chez l'une de ces malades la lésion du larynx était antérieure à la conception, dans deux cas elle apparut au cours du sixième mois, dans douze autres cas durant la première moitié de la grossesse. Les primipares sont aussi exposées à cette affection que les multipares.

Deux femmes, dont l'une avait souffert autrefois d'une légère lésion des sommets et l'autre de phtisie laryngée furent débarrassées de leur maladie pendant trois ou quatre ans. Elles eurent des rechutes dès le commencement de la grossesse et moururent peu de temps après l'accouchement. Selon toute apparence aucun enfant ne vint à terme ; quatre naquirent au neuvième mois, huit au huitième, trois au septième. Tous ces enfants étaient vivants. On ignore le sort de quatre d'entre eux ; trois autres vivent encore, l'un âgé de sept mois est atteint d'une coqueluche grave ; le second a 2 ans environ et le troisième 15 ans.

Huit enfants ont succombé immédiatement après leur naissance ou au bout de trois semaines ; ce qui donne 72 à 73 %.

Quinze femmes sur lesquelles je ne possède pas de détails sont toutes mortes aussitôt après leur délivrance ou deux mois après leurs couches qui eurent des suites normales. Les cas, qui sont relatés d'une façon un peu vague, ont presque tous évolué avec les mêmes symptômes. Il se peut que quelqu'une de ces femmes ait survécu, mais comme la certitude de ce résultat favorable ne saurait être acquise, il ne pourrait incomber qu'à une observation non suivie jusqu'au bout. On tâchera de connaître, par des informations postérieures, le nombre de celles qui ont résisté à la gravité de la grossesse et de l'accouchement, compliqués de tuberculose du larynx. Le traitement local, par les voies naturelles est resté absolument inefficace, la guérison spontanée est impossible, au cours de la grossesse. Voici mes conclusions, basées sur les expériences énoncées ci-dessus :

Les femmes atteintes de tuberculose laryngée et dont l'état

est désespéré ne doivent être traitées localement ou trachéotomisées que si leur existence est compromise par la dyspnée.

Si l'état général est favorable, on n'interviendra pas tant que l'affection largngienne sera bénigne (petites érosions ou ulcérations circonscrites). Aussitôt que des infiltrations apparaissent ou que l'affection revêt un caractère diffus, il faudrait renseigner la malade sur la gravité de son état et son consentement obtenu pratiquer d'urgence la trachéotomie. Si l'opération demeure inefficace, au bout de quelques jours, il est nécessaire de provoquer l'avortement. La grossesse arrêtée aussitôt que possible donne des chances de survie, les douleurs de l'accouchement étant moins pénibles si le fœtus est plus petit. L'avortement déterminé artificiellement n'entraîne généralement qu'une hémorrhagie relativement minime. A partir du septième mois de la grossesse, on risque de ne pouvoir sauver la mère, les fatigues de l'accouchement donnant lieu à un épuisement complet.

Au cas où l'affection du larynx serait arrivée à une période avancée il faut pratiquer la trachéotomie avant l'accouchement ou tout au moins se préparer à cette opération, pour prévenir le danger de l'asphyxie subite.

Afin d'élucider la question, je serais très obligé à ceux de mes collègues qui possèdent des observations de bien vouloir me les communiquer ou de les publier personnellement (1).

(1) Les renseignements devront être adressés au Dr A. Kuttner, Lützow-Platz, 6 Berlin, W.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ LARYNGOLOGIQUE DE LONDRES

*Séance du 1^{er} décembre 1899**Président : HAVILLAND HALL.*

1. FELIX SEMON. — **Erreur de diagnostic.** — Consulté en octobre 1898 par M. A. W., 39 ans, qui se plaint d'une douleur du côté droit de la gorge, au niveau du larynx et dans un point bien limité. La voix est devenue rauque, la déglutition, surtout de la salive, un peu gênée. Pas d'hémorragies ni d'amaigrissement.

Pharynx normal ; corde vocale droite dans la position cadavérique, muqueuse du cartilage aryénoïde droit et des régions voisines tuméfiée ainsi que celle qui avoisine le cricoïde. Aucune trace de tumeur ou d'ulcération. Pendant la phonation, la corde vocale gauche dépasse la ligne médiane. Tuméfaction générale et sensibilité des ganglions du ventre antérieur du sterno-mastoïdien. Vague histoire de chancre ancien sans accidents secondaires manifestes et sans traitement. Iodure de potassium pendant 15 jours. La tuméfaction générale du larynx et des ganglions, la dysphagie augmentent. La dose d'iodure est augmentée. La situation s'aggrave encore. Pas traces d'ulcération mais augmentation de la tuméfaction, la voix est tout à fait rauque.

Il semblait qu'on fût en présence d'une affection maligne. Mais l'examen histologique n'était pas possible vu la diffusion du mal. Après consultation avec Bultin, Saint-Clair Thomson et Watson Cheyne, une opération fut décidée et pratiquée le 26 novembre. L'incision faite pour la trachéotomie découvrit, sur la ligne médiane, un ganglion hypertrophié et en apparence infecté. D'autres ganglions furent découverts immédiatement en arrière, qui semblaient en relation avec la membrane crico-thyroïdienne. La trachéotomie faite, une incision parallèle au bord du maxillaire inférieur découvrit une masse de petits ganglions en apparence infectés. L'opération, paraissant plus grave qu'on ne l'avait pensé de prime abord, fut arrêtée ; le tube laryngien fut laissé en place. Autant qu'on en pouvait juger à l'œil nu, les ganglions parais-

saient épithéliomateux. Malheureusement aucun examen histologique ne fut fait. Le patient guérit en 15 jours de sa trachéotomie.

Le 24 octobre 1899, le malade allait bien et avait engraisé. Les ganglions, qui avaient encore grossi après l'opération, avaient rétrocedé, un mois ou deux après, sous l'influence de la mixture de Gray (térébenthine). Voix encore un peu enrouée, mais forte. Il portait encore son tube, mais venait demander à M. Cheyne s'il n'était pas possible de l'enlever. Respiration facile sans tube, plus de dysphagie. On ne sentait plus rien dans les ganglions. La corde vocale droite restait immobile, mais la tuméfaction du larynx avait disparu.

On ne peut même à présent savoir quelle était la vraie nature de cette affection. Ce qui semble le plus probable c'est qu'il s'agissait d'une périchondrite syphilitique du larynx avec inflammation secondaire des ganglions du cou. Il ne peut être question de périchondrite dite idiopathique ou de tuberculose.

H. HALL félicite SEMON de sa très instructive communication. Il est convaincu que l'amélioration est due à la térébenthine. Il cite comme autres erreurs de diagnostic le cas d'un pasteur atteint de jaunisse chronique qu'on pensait due à une obstruction. Une opération fut tentée qui montra dans le foie une masse dure ressemblant à un cancer. L'abdomen fut refermé et 6 mois après le malade écrivit qu'il était complètement guéri. Dans une péritonite tuberculeuse, l'incision a également déterminé une amélioration. Ainsi en a-t-il pu être pour l'incision du cou dans le cas présent.

BUTLIN a vu ce malade en consultation avec Felix SEMON et conclut avec lui qu'il s'agissait probablement d'un cancer du larynx. Malheureusement les ganglions enlevés pendant l'opération furent égarés, ce qui a rendu l'examen histologique impossible car on aurait besoin de connaître mieux ces maladies à apparences malignes et qui disparaissent spontanément. Cette tumeur était probablement bénigne mais ce n'est pas certain. D'ailleurs l'erreur est fréquente, même dans le cas où on peut enlever et examiner attentivement le mal : il ne faut donc pas s'étonner qu'on en fasse quand on ne peut pas le toucher et ne l'examiner qu'au miroir. Les affections syphilitiques sont celles qui trompent aussi le plus souvent et c'est pourquoi il a pu dire que l'iodure de potassium avait guéri plus de cancers que toutes les panacées du monde.

SAINT CLAIR THOMSON, à propos de ce cas remarquable, cite celui d'un pauvre journalier de 48 ans qui lui fut envoyé pour dysphagie et amaigrissement remontant à trois ou quatre semaines. La région aryénoïdienne était occupée par une tumeur irrégulière, rouge, terne, avec des îlots nécrotiques blancs, comme les flocons de neige amassés dans le creux des montagnes, aspect déjà signalé par Sir Félix Semon et Gleitsmann comme un signe de malignité. Douleur vive, gêne très grande et tendance continuelle à cracher. La corde vocale du même côté était en partie cachée, mais paraissait immobile : l'autre corde était normale. Léger engorgement ganglionnaire du côté affecté. Pas d'antécédents syphilitiques. Pronostic sombre. Trachéotomie proposée à son assistant ordinaire. Un mois après, la voix est redevenue claire, la déglutition aisée ; il ne reste de la tumeur qu'un léger épaississement du champ ary-épiglottique ; cordes vocales lisses et mobiles. L'amélioration s'est produite sans médication spécifique ni traitement particulier.

SPENCER a vu les glandes, situées de chaque côté de la ligne médiane sur la membrane thyroïdienne, épaissies chez un sujet sûrement syphilitique et traité comme tel, auquel il a fait la thyrotomie pour nettoyer le larynx. Ces glandes eussent pu paraître cancéreuses à l'œil nu si le diagnostic de syphilis n'eût été certain.

FÉLIX SEMON a vu des péritonites tuberculeuses améliorées, mais non guéries par l'ouverture du ventre. Mais l'explication de l'action du contact de l'air ne s'applique guère ici où un très petit nombre de glandes ont été dénudées. Il ne croit pas beaucoup à l'influence de la térébenthine sur le cancer et rectifie sa description des granulations d'aspect neigeux. Il pense qu'il existe des ganglions près de la membrane crico-thyroïdienne des deux côtés de la trachée.

2. FITZ GERALD POWELL. — **Myxofibrome des fosses nasales postérieures.** — Adolescent de 17 ans. Il y a 4 ans, sommeil troublé par des suffocations. Epistaxis 2 à 3 fois par semaine. Il y a 2 ans, abcès de la gorge qui est percé mais peu soigné ; depuis le même temps, respiration nasale gênée et accroissement rapide de la tumeur. Depuis l'obstruction des fosses nasales, plus d'épistaxis, mais grand accablement et incontinence d'urine.

Le pharynx nasal est rempli par une tumeur rouge pâle, mo-

bile, lobulée, libre en arrière et des deux côtés, mais dont le pédicule semble faire corps avec la cloison qui est déviée à gauche. La choane droite spacieuse est remplie par un prolongement de la tumeur.

HERBER TILLEY croit cette tumeur sarcomateuse et conseille l'opération avec laryngotomie ou trachéotomie préalable à cause des difficultés possibles et surtout de l'hémorrhagie. La section du voile du palais permettra de bien voir la tumeur et d'opérer plus aisément.

SPENCER ne pense pas que la tumeur soit maligne mais elle peut gagner les fosses nasales et les sinus. Dans un cas analogue qui avait gagné le maxillaire supérieur et la région temporo-malaire il a pu opérer par la face. La trachéotomie est inutile si la région est bien en vue, le pharynx bouché par une éponge et le malade bien soutenu.

SCANES SPICER, après un rapide examen, dit que cette tumeur ne lui paraît pas maligne. Il en a vu beaucoup de semblables qui semblaient des polypes modifiés. Il pense qu'on pourrait enlever la tumeur avec l'anse et qu'en raison du large espace libre derrière le voile du palais, les manipulations seront faites sans incision de celui-ci. Il accepte le diagnostic de myxofibrome.

BUTLIN. — En raison de son large pédicule, la tumeur paraît être un fibrome et s'enlèvera facilement. Il est partisan de la section du voile du palais et du palais sur la ligne médiane et est très opposé à la résection du maxillaire supérieur. Le patient doit être placé sur le côté, la bouche maintenue ouverte avec un bâillon et le champ opératoire bien éclairé avec une lampe à réflecteur. Une fois la tumeur mise à nu et son point d'attache bien déterminé, on l'enlève avec les ciseaux, la gouge et la pince à os. L'hémorrhagie est souvent forte et doit être arrêtée par tamponnement. Avec ce procédé, on évite les récidives.

SYMONDS. — Dans la plupart des cas, une opération aussi grave est inutile et chez les adolescents ces tumeurs se peuvent enlever par la bouche ou par le nez si elles sont petites. Bien souvent il a pu les disséquer en s'aidant du doigt. L'hémorrhagie, bien qu'abondante, a toujours été facilement arrêtée. Souvent il y a des adhérences au pharynx qui saignent facilement quand on les rompt.

Il convient de réserver les grandes opérations pour les tumeurs qui envahissent les cavités voisines. La récidence est possible, si on laisse quelques fragments de la tumeur mais elle est de nature bénigne. Il a une fois opéré une récidence sphénoïdale.

BOND recommande l'opération par la bouche en soulevant le voile du palais à l'aide de fil de soie et de rétracteurs. Il croit fermement à la laryngotomie pour les fibromes et sarcomes du pharynx nasal et obture l'extrémité supérieure du larynx avec une petite éponge montée sur une pince. Ainsi le champ opératoire est plus vaste, l'opérateur et l'anesthésiste sont à l'aise et les hémorrhagies, s'il s'en produit, peuvent être facilement arrêtées. L'incision de la laryngotomie est banale et guérit en deux ou trois jours.

SAINT-CLAIR THOMSON rappelle un travail de Doyen qui, après de nombreuses opérations, est partisan de la voie buccale. Pour Doyen, le point principal est que l'opérateur puisse enlever rapidement la tumeur car l'hémorrhagie cesse dès qu'elle est complètement détachée. THOMSON recommande pour ces opérations la position de Trendelenburg.

FITZ GERALD PONELL pense, après cette intéressante discussion, que le premier point est de bien déterminer la nature de la tumeur. En ce qui regarde son cas, il compte faire une laryngotomie, puis fendre le palais et bien déterminer ensuite le point d'implantation de la tumeur, puis, si c'est nécessaire, soulever le périoste et réséquer tout ce qu'il en faudra pour bien découvrir le pédicule et faciliter l'ablation.

3. BRONNER (de Bradford) montre des figures d'un papillome récidivant du larynx, observé chez un homme de 49 ans, déjà opéré 2 ou 3 mois auparavant. Le papillome très large, finement divisé, ressemblant à un chou-fleur, recouvrait les cordes vocales, les ventricules et l'espace aryténoïdien. Les cordes vocales supérieures étaient normales, les cordes inférieures sont encore irrégulières et épaisses.

Il répond à DUNDAS GRANT qu'il a employé l'acide salicylique sans résultat. Avec le formol il a été plus heureux et a débuté par pulvérisations avec une solution au 1/2000 c. graduellement augmentée jusqu'à 1/250 c.

4. WYATT WINGRAVE montre un cas d'ulcère aigu de l'amygdale et un cas de parésie du voile du palais chez un sujet qui avait

pris la syphilis 14 ans auparavant. L'iodure de potassium a amené en 3 semaines une amélioration notable.

H. HALL, en raison de la dysphagie et si les réflexes rotuliens n'étaient pas intacts, aurait pensé à une névrite.

5. WAGGETT. — **Tumeur ou granulome du larynx** — Homme de 60 ans, enrôlé depuis 4 mois, entré à l'hôpital pour un papillome de la luette. L'examen montre une déviation de l'épiglotte à droite et une excroissance mamelonnée sur son bord droit. L'aryténoïde droit est rouge et immobile; pas de ganglions dans le cou; pas de signes de phthisie pulmonaire. Un frère mort tuberculeux. Après 15 jours d'iodure il se sent mieux, mais l'aspect du larynx n'est pas modifié.

6. BUTLIN — **Poche œsophagienne**. — C'est la 5^e qu'il montre ici. Elle est survenue chez une femme de 59 ans ayant les symptômes typiques de dilatation œsophagienne. Comme les autres, elle siégeait à la jonction du pharynx et de l'œsophage. L'opération était extrêmement difficile à cause du volume de la poche et de la déviation de l'œsophage, malgré cela on a pu passer une sonde dans l'estomac avant que la poche fût complètement enlevée. La malade est actuellement en convalescence. Sur 5 opérations il a eu 4 succès, 1 mort et encore l'eût-il peut-être évitée, s'il eût eu alors plus d'expérience et eût placé une sonde dans l'estomac, ce qui lui paraît aujourd'hui une précaution préliminaire indispensable.

H. HALL félicite BUTLIN de ses succès opératoires dans cette affection rare.

7. PEGLER montre un cas de **double paralysie des abducteurs** traitée par les injections intramusculaires d'iodure de mercure chez un homme de 44 ans qui eut une syphilis mal soignée, à 22 ans.

H. HALL. — FÉLIX SEMON a vu des cas similaires, et pense qu'on peut être appelé à faire la trachéotomie.

8. CHARTERS SYMONDS montre une femme de 48 ans atteinte de **tuberculose du larynx**. La corde vocale supérieure gauche et les deux cordes inférieures étaient le siège d'une infiltration épaisse

ressemblant à un épithéliome ; l'examen microscopique d'un fragment montra qu'il s'agissait de tuberculose.

Dans un autre cas, la tumeur tuberculeuse était assez volumineuse pour boucher le larynx.

CLIFFORD BEALE demande quel était l'état d'obstruction du larynx avant l'ablation. Il pense que ces infiltrations tuberculeuses sous-muqueuses peuvent demeurer longtemps sans changements. Après l'ablation il reste une surface à vif qui est un danger d'infection et de réinoculation.

9. CHARTERS SYMOND montre un **rhinolithe** formée d'une gangue calcaire circonscrivant une cavité primitivement remplie d'une matière granuleuse, mucus ou sang desséché.

Ces corps étrangers ne provoquent que des troubles passagers.

10. DUNDAS GRANT. — a) **Ulcération syphilitique tertiaire de l'aile du nez.** Chez une femme de 36 ans qui avait eu la syphilis 6 ans auparavant et présentait dans la gorge des cicatrices caractéristiques.

b) **Ulcération tuberculeuse du pharynx et de la lèvre inférieure.** — L'ulcération, à tendance extensible, occupe la moitié gauche du voile du palais, la luette et le pilier antérieur. Elle est lisse, superficielle, irrégulière avec, par place, de petites excavations, pâle et recouverte de granulations grisâtres ressemblant à des moisissures ; les bords ne sont ni soulevés, ni indurés. Signes certains de tuberculose pulmonaire, surtout à droite. Pas de bacilles dans les crachats. Ganglions peu gonflés. Sur la lèvre inférieure se trouve une ulcération analogue qui est un foyer secondaire par inoculation.

11. WAGGET pour STEWART. — **Tumeur du dos du nez.** — Adolescent de 18 ans qui présente sur le dos du nez, près des orbites, un épaissement œdémateux analogue à ceux qu'il a montrés en novembre. Début il y a 2 ans. Iodure de potassium et glace sans effet.

12. CHARLES A. PARKER. — **Ulcération de l'aile du nez.** — Survenue il y a deux ans chez une femme de 22 ans, elle occupe les deux ailes mais s'étend surtout à gauche, il y a une perte de substance considérable. Diagnostic à faire entre syphilis et lupus.

H. HALL. — Cela paraît un *lupus* ou de la tuberculose chronique.

DUNDAS GRANT croit que c'est un *lupus*.

LAMBERT LACK penche pour la syphilis.

PARKER. — Le traitement seul pourra trancher la question.

43. ROUGHTON montre un enfant de dix ans atteint d'*aphonie chronique*.

PEGLER. — La voix est très faible plutôt que tout à fait absente. Le trouble tient autant au mauvais fonctionnement des muscles respirateurs qu'au larynx. Il recommande l'exercice ayant obtenu un succès dans un cas analogue.

H. HALL confirme les avantages des exercices conseillés par Pegler.

FELIX SEMON pense qu'il s'agit de spasme.

44. DE SANTI. — *Double luet*.

SPENCER doute que ce soit en réalité une double luet ; c'est plutôt une séparation congénitale.

H. HALL croit qu'on doit considérer cette section comme résultant d'une ulcération, bien que le malade n'ait pas eu la scarlatine : il ne croit pas à la nature congénitale.

45. FITZ GERALD POWELL. — *Laryngite tuberculeuse chez un homme de 31 ans*. — Bien portant jusqu'à il y a cinq ans. Aphonie à la suite d'un refroidissement, aggravée depuis deux mois.

Larynx rouge ; glotte réduite à l'état de fente ; aryténoïde droit fixé ; corde vocale supérieure ulcérée. A gauche, la corde vocale est granuleuse, épaissie, recouverte de granulations. A la commissure postérieure, tumeur pédiculée qui ballotte pendant les mouvements respiratoires.

Bons antécédents héréditaires. Pas de signes de syphilis. Signes de cavernes et infiltration tuberculeuse dans les poumons. Pas de bacilles dans les crachats.

SPICKER. — C'est un cas compliqué ; peut-être à la fois syphilis et tuberculose.

FITZ GERALD POWELL pense aussi qu'il s'agit d'une ulcération syphilitique avec infection tuberculeuse secondaire.

Séance du 5 janvier 1900.

Président : HAVILLAND HALL.

Le bureau est constitué de la façon suivante :

Président : HAVILLAND HALL. — Vice-Présidents : BOWLBY, STEWART, LAW. — Trésorier : CLIFFORD BEALE. — Bibliothécaire : DUNDAS GRANT. — Secrétaires : LAMBERT LACK, WAGGETT. — Conseil : WALTER G. SPENCER, MILLIGAN, HERBERT TILLEY, BARCLAY BARON, W. HILL.

Le rapport du Conseil est lu et adopté. La séance ordinaire est tenue sous la présidence de M. BRONNER.

1. WATSON WILLIAMS montre une série de photographies stéréoscopiques de préparations anatomiques et pathologiques du nez, du pharynx et des cavités accessoires. Il fait ressortir et démontre les remarquables effets de relief de ce genre de préparations.

2. JOBSON HORNE montre des projections d'œdème de la glotte, de kyste de l'épiglotte, de tuberculose laryngée, d'éléphantiasis verruqueux du larynx.

3. FÉLIX SEMON. — **Tabes avec laryngoplégie complète.** — Cocher de 40 ans a pris la syphilis il y a 5 ans, traitement de quelques semaines. Début du tabes il y a 14 mois par une parésie vésicale suivie bientôt d'engourdissement et de douleurs fulgurantes dans les jambes, le tronc, les mains, d'ataxie et de crises gastriques. Depuis neuf mois voix altérée, respiration plus courte mais pas de crises laryngées.

Résumé des symptômes. — Amaigrissement extrême. Artères épaissies et tortueuses.

Double ptosis, iridoplégie ; parésie légère de la moitié droite de la face, incoordination extrême, hypotonie marquée, perte complète du sens musculaire dans les membres inférieurs. Analgésie partielle de la face, aux bras, à la partie supérieure de la poitrine et aux extrémités inférieures.

Douleurs fulgurantes vives et crises gastriques, incontinence sphinctérienne complète, pas de réflexe anal ni de réflexes profonds.

Les réflexes plantaires sont typiques. Pas de dysphagie, ni de parésie du voile du palais.

Voix. — Voix très enrôlée chuchotée. Quand il parle, la respiration est brève, avec inspiration parfois stridente. Il ne peut tousser qu'après un large effort respiratoire.

Palais. — Pendant la phonation le voile du palais reste immobile, un peu de parésie des piliers postérieurs ; sensibilité tactile normale, mais excitabilité réflexe presque abolie.

Larynx. — Pendant la respiration les cordes vocales gardent la position cadavérique (écart d'environ 3 millimètres) la partie postérieure est cependant plus rapprochée que dans les cas ordinaires, bords libres parfaitement droits.

L'inspiration profonde et la phonation n'amènent aucun mouvement visible des cordes vocales.

L'attouchement de l'épiglotte avec un stylet ne provoque aucun mouvement ; celui de l'espace interaryténoïdien provoque la fermeture de la glotte sans toux, celui des cordes supérieures détermine un réflexe avec toux légère quand la corde gauche est excitée.

Ce cas est remarquable par son extrême rareté. La paralysie double des récurrents est exceptionnellé ; c'est le premier cas vu par l'auteur dans le tabes. La force de la voix est à signaler ainsi que l'intégrité de quelques rameaux du nerf accessoire.

SPENCER dit que ce cas confirme ses expériences sur le nerf vague ; il dénote une double lésion des noyaux d'origine des racines du pneumogastrique. Tilley et d'autres ont montré des malades chez lesquels les racines inférieures du vague étaient lésées et qui pourtant ce qui les distingue de celui-ci, ne présentaient ni paralysie des piliers postérieurs du voile du palais, ni perte de la sensibilité du larynx, ni troubles respiratoire.

Il y a eu des cas aussi, où l'origine du spinal accessoire était touchée et les muscles trapèze et sternomastoldiens paralysés ; d'autres attaquaient les noyaux de l'hypoglosse avec paralysie homolatérale de la langue.

FELIX SEMON. — Ce malade a une paralysie complète des récurrents. Quand il tousse, une grande quantité d'air s'échappe du larynx, ce qui explique pourquoi il ne le fait pas naturellement. D'après Tilley, ce cas est le second connu de laryngoplégie complète dans le tabès et il a avec raison insisté sur l'intégrité (?) de quelques fibres nerveuses simultanément dans les sphères motrices et sensitives du palais et du larynx. L'image laryngoscopique n'est

pas tout à fait celle de la paralysie complète du nerf laryngé supérieur.

4. LAWRENCE. — **Blessure du larynx chez une femme.** — Celle-ci a eu la gorge tranchée en 1891, l'œsophage et les conduits aériens ont été touchés, mais la plaie guérit en quelques semaines. Depuis, la voix est restée rauque, quelquefois réduite à un souffle. Les cordes vocales sont normales, mais ne s'accolent pas complètement en arrière pendant l'effort.

5. SPENCER montre un **carcinome du pharynx et de l'œsophage** qui s'étend jusqu'au larynx et a provoqué un gonflement des ary-ténoïdes et des bandes ventriculaires, ainsi qu'un peu d'infiltration des ganglions du cou.

Il a vu cinq cas analogues l'année passée.

Aucune tentative opératoire n'a été faite. Tous ces cas ont eu une marche rapidement fatale.

FELIX SEMON. — M. Spencer a montré un cas de cancer primitif du pharynx dans lequel le foyer primitif était petit et l'envahissement ganglionnaire considérable. Pourquoi la même chose ne se produit-elle pas dans le cancer intrinsèque du larynx ? L'école de Sappey est tout à fait opposée aux vues de Luschka sur l'indépendance relative des lymphatiques du larynx qui, cependant, explique mieux les différences cliniques. Cette question devrait donner lieu à de nouvelles recherches.

6. SPENCER montre un cas de **rhinite atrophique primitive** chez une enfant de cinq ans. Cette enfant n'avait jamais souffert d'affection nasale dans sa première enfance ni d'aucune autre maladie.

BRONNER a vu environ 12 cas d'ozène débiter ainsi entre deux et trois ans. Il faut distinguer la rhinite atrophique de l'ozène. Dans le nord de l'Angleterre la rhinite atrophique est très commune, surtout chez les filles de meuniers. L'ozène attaque ses victimes de bonne heure, tandis que la rhinite atrophique survient entre 14 et 18 ans. Les cas d'ozène chez les bébés semblent sans relations avec la syphilis et provoqués plutôt par une contagion à la naissance. Pour ce qui est de l'odeur, les enfants de la classe ouvrière ont l'odorat si perverti qu'il leur serait difficile de découvrir l'odeur de l'ozène.

HERBERT TILLEY n'a pu, dans ces cas, trouver de traces évidentes de syphilis congénitale. Il ne les considère pas comme rares. L'absence de tout écoulement purulent avant l'apparition des croûtes

est contraire à l'opinion de Bosworth. La grande majorité de ces affections est causée par l'adénoidite. Les observations comme celles de Spencer montrent combien il est peu probable que l'ozène provienne d'une suppuration des sinus, ainsi que l'ont prétendu Grünwald et d'autres auteurs.

JOBSON HORNE émet l'avis que des examens bactériologiques pratiqués de temps en temps jetteraient peut-être quelque lumière sur l'étiologie de cette affection.

LAMBERT LACK a vu une famille où plusieurs enfants ont eu de l'ozène très jeunes. Il pourrait citer une douzaine de cas où la maladie a débuté plus tôt que chez le malade de Spencer. Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une rhinite purulente survenue prématurément, quelquefois sans cause spéciale. En règle générale, la rhinite atrophique est la conséquence d'une vieille rhinite purulente et si on reconnaît l'écoulement comme un signe précoce de rhinite atrophique, la majorité des cas remonte à une période très précoce de la vie.

WAGGETT cite une rhinite atrophique familiale. L'affection était nette chez la mère; six ans après, sa fille âgée de six ans vient à l'hôpital avec un catarrhe muco-purulent qui, en dépit des injections, a dégénéré en rhinite atrophique. La jeune sœur — ayant deux ans de moins — est prise de la même façon et il y en a encore une plus petite atteinte. Il n'y avait pas de syphilis.

SPENCER réplique que dans tous ces cas il n'y a aucune évidence de lésion congénitale, le plus jeune malade avait dix mois. La rhinite atrophique est généralement secondaire; mais dans le cas actuel toutes les recherches sur l'affection primitive sont restées négatives. L'histoire des ozènes familiaux est importante au point de vue de l'origine bactérienne. Mais jusqu'à présent la bactériologie nasale est peu avancée sur ce point.

7. BALL. — Apparence papillomateuse de la langue. — Jeune fille de vingt ans, d'une excellente santé apparente, bons antécédents de famille, a depuis deux ans une gêne de la langue coïncidant avec l'apparition d'une tumeur qui a peu à peu grossi. Pas de syphilis. Sur le dos de la langue à droite de la ligne médiane se trouve une surface d'environ un centimètre de large couverte d'une masse formée de nodules variant de la grosseur d'un grain de riz à celle d'une petite prune, plus rouge que le reste de la langue dont les papilles ont grossi. Près du frein, il existe quelques tumeurs verruqueuses. Le pilier antérieur droit congestionné est couvert de petites saillies brillantes.

BUTLIN qui a soigneusement examiné cette langue pense qu'il s'agit d'une macroglossie locale : Affection des lymphatiques de la langue. Il a vu beaucoup de cas semblables dont un chez une paysanne. Quand il enleva les tumeurs avec des ciseaux il se produisit une hémorrhagie telle qu'il fallut comprimer la langue pendant deux jours pour l'arrêter. Maintenant pour opérer, il fait deux incisions profondes dans le tissu de la langue autour de la tumeur, puis après l'ablation, il suture les bords de la plaie au fil de soie. On évite ainsi l'hémorrhagie secondaire.

8. HERBERT TILLEY montre un **kyste osseux du cornet moyen** enlevé à une femme de vingt-neuf ans et remarquable par son contenu muco-purulent et quelques granulations œdémateuses.

WATSON WILLIAMS. — Il existe normalement dans le tissu des cornets, des cellules ethmoïdales qui peuvent s'enflammer et former des kystes par oblitération de leur ostium.

JOBSON HORNE demande si le kyste communiquait avec l'intérieur du cornet moyen.

BENNET. — Ces kystes ne sont pas rares ; il en a enlevés à un stade relativement peu avancé ; ils étaient alors formés d'une membrane parfaitement lisse sans contenu. Il ignore leur origine et en a vu de plus gros que celui qui est présenté.

TILLEY répond qu'il n'a trouvé ni communication avec les autres cellules ethmoïdales ni sinusite. Peut-être ces kystes naissent-ils, comme l'a suggéré Mac Donald, par suite d'une incurvation du bord libre de la marge du sinus, circonscrivant une cavité tapissée de muqueuse normale, résultat d'une périostite ostéophytique.

9. FITZ GERALD POWELL montre de nouveau le jeune homme de dix-sept ans opéré d'un **fibromyxôme de la région rétronasale postérieure** qu'il avait présenté dans la précédente séance.

L'anesthésie ayant permis de constater la grande extension du mal, il pratiqua la laryngotomie puis fendit le voile du palais et le maintint écarté avec des fils de soie. La tumeur était implantée sur le corps du sphénoïde, elle remplissait toute l'arrière cavité nasale avec des prolongements dans la fosse sphéno-maxillaire et la narine droite ; la cloison, repoussée contre la paroi de la narine gauche, l'obstruait presque complètement, les parois osseuses étaient rougies par la tumeur qui fut enlevée avec l'anse de Lack puis de forts ciseaux courbes pour réséquer les parties environnantes. Hémorrhagie abondante arrêtée avec des

éponges chaudes et la compression. Suture du palais au fil de soie, éponge à demeure dans l'espace rétro-nasal pendant vingt-quatre heures.

Le tube laryngien fut retiré le troisième jour.

Le malade va bien ; il subsiste une légère ouverture entre le voile et le palais, qui, bien que gênant un peu la parole, permet de voir l'état du pharynx. On tentera plus tard une opération ou l'emploi d'un obturateur. La plaie du cou a guéri en quelques jours, l'incontinence d'urine et l'affaissement ont disparu.

La tumeur était un fibrome pur, dense et dur.

BUTLIN n'a jamais vu de tumeur aussi grosse. Il pense qu'elle eût pu envahir en un an les deux antres par absorption de l'os. Il apparaît bien maintenant que c'est un fibrome et l'opération est un beau succès, l'absence d'occlusion du voile du palais seule est regrettable.

SPENCER a eu déjà l'occasion de dire que les tumeurs voisines du maxillaire supérieur peuvent être facilement abordées par la face, ce qu'on pourrait essayer en cas de récurrence. Il a observé un cas où la tumeur s'étendait dans la fosse sphéno-maxillaire, l'antre et gagnait la région temporo-malaire et la joue.

FITZ GERALD POWELL ne pense pas que la tumeur ait envahi l'antre ; mais il est satisfait d'avoir pu l'enlever tout entière, les prolongements qui remplissaient la fosse sphéno-maxillaire et les parties du nez étaient intacts et la tumeur était si dure qu'il eût été impossible d'en laisser quelque parcelle sans s'en apercevoir. On ne peut reconnaître l'étendue de ces tumeurs avant l'incision du voile du palais. Au début, la tumeur eût pu être prise pour un *nævus* en raison des hémorragies.

10. PEGLER. — Aphonie incurable avec crise d'apsithyrie. — Institutrice de 22 ans, ayant perdu brusquement la voix en 1899. A deux reprises, elle a été légèrement améliorée par l'électrisation des cordes vocales. Mais depuis la dernière tentative, elle est restée incurablement apsithyrique. Dans ses antécédents : Grand-père paternel épileptique, mère hystérique, deux frères, sur 6 enfants vivants, épileptiques. La malade n'a eu aucune autre manifestation d'hystérie.

HERBERT TILLEY dans un cas semblable également traité sans succès par la faradisation a, sur les conseils de Félix Semon, prescrit l'isolement et le traitement de Weir Mitchell et quand l'état général serait amélioré, la faradisation.

BENNET conseille les exercices respiratoires qui ont réussi dans

un cas où les autres traitements avaient échoué. Chez la malade en question, la respiration de la partie supérieure de la poitrine est très défectueuse, et l'ensemble de la respiration anormal.

BRONNER conseille la faradisation au pinceau métallique, très douloureuse, mais fort efficace.

FELIX SEMON estime que dans ces cas il y a une paralysie fonctionnelle totale de tous les organes de la phonation comme dans le « mutisme hystérique » de Charcot. La plupart du temps l'aphonie hystérique cède à l'application intra-laryngienne de l'électricité, l'électrode active étant placée dans l'espace interaryténoidien, mais dans certains cas, le courant doit être très fort. Il existe aussi chez ces malades une grande perversion mentale, qui les fait s'obstiner à ne pas vouloir parler alors qu'elles le peuvent. Il faut appliquer le courant assez fort et assez longtemps pour réussir à la première séance, sans quoi la malade ne reparait plus. Beaucoup d'ailleurs guérissent spontanément sans cause apparente. S. n'a pas l'expérience du traitement de Weir Mitchell. Pour répondre à la question de Pegler, il croit qu'ordinairement dans l'aphonie hystérique ce sont les adducteurs qui sont atteints. Quelquefois la paralysie n'est pas simplement fonctionnelle mais s'accompagne d'atrophie des muscles interaryténoidiens et elle est alors presque fatalement incurable.

PEGLER réplique que sa malade a toujours été accompagnée d'amis qui ont pu juger les effets du traitement, la respiration est certainement mauvaise, le tracé spirométrique est de 50 % au-dessous de la normale. Elle est pour cela en traitement dans des mains expertes.

11. **PEGLER. Tumeur du nasopharynx**, développée chez un homme de 27 ans. Les coupes pratiquées dans la tumeur ont montré qu'elle était composée de petites cellules en apparence lymphoïdes sans disposition particulière ; ni follicules lymphoïdes ni glandes.

HERBERT TILLEY par le toucher trouve la tumeur vasculaire occupant l'espace rétronasal et s'avancant dans les narines, il conseille l'opération après la section du voile du palais et trachéotomie préalable. C'est aussi l'avis de Butlin.

ASSOCIATION DES LARYNGOLOGISTES ET OTOLOGISTES
DE L'ALLEMAGNE DE L'OUEST

CINQUIÈME SESSION

Cologne, 3 décembre 1899 ⁽¹⁾

1. HOPMANN. — **Fibrome naso-pharyngien.** — Malade opéré le 21 mars, présentant à la fin de mai une récurrence sur la choane droite qui fut enlevée par le même procédé que la tumeur primitive. Depuis, rien n'a reparu et l'enfant a gagné 4 kilogrammes.

2. MOSES. — **Sarcome de l'amygdale.** — Jeune homme de 27 ans, n'ayant aucune tare héréditaire. Six mois auparavant, il se plaignait de légers troubles de la déglutition du côté gauche ; à l'examen, on vit que la surface de l'amygdale gauche était un peu ulcérée ainsi que le bord du voile palatin. Pas de ganglions. Malgré que le malade, marié et père d'un enfant sain, nie la spécificité, on lui ordonna de l'iodure et les accidents s'amendèrent.

L'examen microscopique d'un fragment tonsillaire décéla du tissu granuleux. Des frictions améliorèrent considérablement l'état du malade, l'ulcération amygdalienne s'atténua ainsi que la gêne de la déglutition et il put reprendre ses occupations.

Lorsque le malade revint, la tumeur avait augmenté de volume, était boursoufflée et d'un gris jaunâtre par places ; voile du palais épaissi, gras, ulcéré ; toute la moitié gauche du palais est fortement infiltrée ; ganglions sur la partie gauche du cou, s'étendant de la mastoïde au sternum. A l'examen microscopique on reconnut l'aspect typique d'un sarcome à cellules rondes.

Le malade avale difficilement, mais son état général n'est pas mauvais.

Un chirurgien consulté déclara aussi la tumeur inopérable et on tenta le traitement arsénical ; au début, le tissu nécrosé s'atrophia, l'ulcération devint moins apparente et les troubles de la déglutition s'atténuèrent ; l'arsenic n'agit nullement sur la tuméfaction glandulaire et l'emploi prolongé d'injections de solution iodurée à 25 % demeura sans effet.

Depuis les forces du malade ont diminué, il ne tolère plus l'ar-

(1) D'après la *Munch. med. Woch.*, 27 mars, 3 et 10 avril 1900.

senic, la nécrose a gagné du terrain, l'infiltration a dépassé la moitié gauche de la voûte palatine; la tumeur glandulaire s'est notablement amollie sans qu'on puisse constater de fluctuation.

3. RÖPKE. — 1° Contributions casuistiques à la difficulté du diagnostic des affections endo-crâniennes otogènes. (Le travail a été publié *in extenso* dans la *Münch. med Woch.*, n° 10, 1900)

4. SCHNEIDER. — 1° Manche galvano-caustique universel, empêchant la fusion ou la rupture de l'anse.

2° Cautères, aiguilles, serre-nœuds, etc., construits en métal et en verre et se stérilisant au feu.

3° Anse froide simplifiée.

Le manche galvano-caustique universel est une modification du manche de Hartmann et Krause.

L'auteur montre ensuite son serre-nœud simplifié, puis ses cautères stérilisables en verre recouverts de métal.

5. HIRSCHMAN. — a) Extraction d'un bouton de corail de la caisse après détachement du pavillon et ouverture de la paroi postérieure du conduit auditif. — Une jeune femme, en se débarbouillant, fit choir dans son oreille gauche un bouton de corail faisant partie de sa boucle d'oreille. Elle courut chez un médecin du voisinage qui, ne pouvant réussir à enlever le corps étranger, adressa la malade à l'auteur. L'oreille gauche laissant sourdre un liquide séro-sanguinolent, la peau du conduit était excoriée par places. Après un nettoyage on voit au fond un corps étranger rougeâtre, dur comme de la pierre, tellement fiché en place qu'il est impossible de le mobiliser soit avec une sonde, soit avec le crochet de Hartmann. Vu l'impossibilité de l'extraction par les voies naturelles, il fallait attendre que le corps étranger changeât de place ou intervenir chirurgicalement. Il adopta ce dernier procédé, craignant que la présence du corps étranger dans la caisse n'entraînât l'apparition d'une otite moyenne suppurée. La malade, souffrant beaucoup, accepta l'opération. Sitôt qu'on eût rabattu le pavillon de l'oreille avec le conduit cutané et qu'on eût dégagé l'orifice du conduit osseux, on vit le corail qui était tellement enclavé dans la caisse qu'on ne pouvait le mobiliser. On y réussit seulement après avoir enlevé une portion de la paroi postérieure du conduit pour introduire un crochet avec lequel on imprima un mouvement de rotation au corps étranger qui le projeta au dehors. Après avoir remis en place le conduit cutané, on sutura la plaie derrière le pavillon

et après tamponnement du conduit on appliqua un pansement. Au bout de six jours la cicatrisation était accomplie et en cinq semaines la plaie était épidermée, l'ouverture du conduit était redevenue normale, à la place du tympan se trouvait une nouvelle membrane isolant l'oreille moyenne de l'extérieur et il subsistait un reste d'audition ; la voix chuchotée était perçue à une distance de deux à trois pieds.

A la suite de son observation, l'auteur discute les indications de l'opération radicale dans les cas de corps étrangers dont peu d'exemples ont été consignés dans la littérature. L'intervention est nécessaire lorsque la présence du corps étranger dans la caisse détermine une inflammation de l'oreille moyenne. Si le corps étranger a tendance à s'atrophier, la tuméfaction du conduit disparaît et on peut effectuer l'extraction par les voies naturelles qui avait été reconnue impossible sitôt après l'accident.

H. se souvient d'un malade chez lequel on avait essayé de retirer un grain de café logé dans l'oreille, une moitié fut enlevée tandis que l'autre demeura enclavée dans la caisse. Des tentatives d'extraction provoquèrent des douleurs intenses et on songeait déjà à détacher le pavillon quand, au bout de 14 jours, le malade vint trouver l'auteur qui réussit à déloger le corps étranger à l'aide d'une curette. Le tympan guérit parfaitement et l'audition fut conservée.

Toutefois, de crainte de complications graves, il vaudra toujours mieux opérer de bonne heure.

Enfin H. montre une quantité de *mille pieds* (Kellerasseln) qu'il a retirés de l'oreille d'une servante. Il fallut huit jours pour délivrer la malade de ces parasites gênants et encore eut-on besoin de laver l'oreille au sublimé pour les chasser définitivement.

Discussion.

SCHMITHUYSEN a observé trois cas de corps étrangers.

1^o Enfant de 9 ans, ayant depuis plusieurs années un fragment de stylet dans l'oreille. Il se présenta à l'hôpital où l'on ne trouva pas trace de corps étranger, mais S. constata l'existence de masses polypeuses occupant le conduit auditif ; après leur ablation on rencontra l'obstacle enclavé dans l'oreille moyenne, derrière la paroi antéro-postérieure du conduit et tournant sur son axe. Devant l'échec des tentatives d'excision au moyen de divers instruments, S. se procura un perforateur dentaire et put briser en deux le manche du stylet et l'enlever aisément ensuite.

Le tympan se cicatrisa rapidement et l'audition demeura illésée.

2° Grain de raisin d'un pain de seigle ayant pénétré à travers le tympan d'un enfant au cours de tentatives d'extraction. Quand l'auteur fut appelé, on distinguait encore l'extrémité du corps étranger à travers la fente palatine et on put l'enlever avec une curette de Daviel.

3° Enfant de 6 ans, amenée à la suite de l'échec subi par le décollement du pavillon pour rechercher un grain de maïs fiché au fond du conduit; le seul résultat avait consisté à pousser le corps étranger à travers le tympan. Conduit auditif tuméfié. Au bout de quelques jours, le conduit dégonfla, mais on voyait des granulations autour de l'orifice tympanique. On les excisa et on distingua alors le grain de maïs qui fut retiré avec une curette. La guérison fut complète.

Avant de s'en aller, la mère pria l'auteur d'examiner l'oreille opposée qui contenait aussi un grain de maïs sis devant le tympan mais ne provoquant nulle douleur et qu'on extirpa avec un crochet.

REINHARD (Duisbourg), rapporte qu'il retira une petite perle de la caisse d'un gamin de 7 ans après décollement du pavillon et abrasion de la portion médiane de la paroi osseuse postéro-supérieure du conduit.

HOPMANN rappelle qu'en 1898 il cita le cas d'un écolier s'étant enfoncé dans le conduit auditif droit un pépin de raisin sec qui, à la suite de tentatives d'extractions avortées, pénétra dans la caisse et, lésant le labyrinthe, entraîna l'abolition de l'audition du côté droit. Même après détachement du pavillon et extraction du corps étranger, l'ouïe ne revint pas.

HIRSCHMANN fait observer qu'il ne conseille l'intervention radicale que lorsque le corps étranger a pénétré dans la caisse et qu'il est impossible de l'extraire par les voies naturelles.

HIRSCHMANN. — *b*). **Corps étrangers du larynx.** 1° Enfant de 3 ans ayant avalé un os en mangeant sa soupe; il fut conduit chez l'auteur qui retira le corps du délit enclavé derrière l'épiglotte.

2° Vieillard ayant un os de lièvre en travers de l'orifice laryngien qui fut excisé avec une pince.

3° Femme chez laquelle une épingle s'était fichée dans la paroi postérieure du larynx.

4° Homme ayant avalé une pièce de cinq pfennig qui pénétra dans le larynx, entrava la respiration et la phonation. Le corps

étranger était situé horizontalement entre les cordes vocales, il ne restait plus au malade pour respirer qu'une fissure dans la région aryténoïdienne. On employa une sonde recourbée spécialement pour atteindre le corps étranger mais celui-ci disparut alors qu'on croyait le saisir. Il est probable qu'il est sorti par la voie intestinale, attendu que le malade n'accuse plus aucune souffrance.

6. LENZMANN (Duisbourg). — Deux pièces de sténose prononcée des voies respiratoires. 1^o Tumeur siégeant dans le conduit respiratoire sous la glotte.

2^o Tumeur sise dans le médiastin postérieur.

Le premier malade entra au commencement de septembre 1899 à l'hôpital. Il était atteint d'aphonie et d'une violente dyspnée et d'un sifflement provenant d'un obstacle à la respiration siégeant dans le larynx. Etat général mauvais. A l'examen laryngoscopique on découvrit sous la glotte une tumeur ne laissant de libre qu'un espace limité par la paroi postérieure de l'orifice laryngien et la commissure antérieure des cordes vocales par lequel le malade respirait péniblement. Les cordes vocales et la muqueuse laryngienne étaient rouges et tuméfiées.

On pratiqua la trachéotomie et ultérieurement on reconnut que la tumeur adhérait à la corde vocale gauche totalement immobilisée. La corde droite fonctionnait, mais, pendant la phonation elle ne touchait pas sa congénère.

L'examen microscopique ne fournit aucun résultat positif, mais au toucher avec la sonde on vit qu'on avait affaire à un fibrome dur ou à un chondrome.

Après le dégonflement progressif de la muqueuse laryngienne et des cordes vocales, le malade respira de nouveau par les voies naturelles, aussi refusa-t-il toute intervention et il quitta l'hôpital après cicatrisation de la plaie trachéale.

Il revint en novembre avec des crises de suffocation et réclama l'opération qui eut lieu le 21 novembre. Trachéotomie préventive, canule tampon, laryngo fissure et ablation de la tumeur originaire de la surface postérieure large du cartilage cricoïde et s'attachant à la corde vocale gauche. C'était un véritable ecchondrome. Actuellement le malade respire facilement.

Le second malade, âgé de 43 ans, souffrait depuis 1890 d'une laryngo-pharyngite sèche pour laquelle on le traita pendant longtemps par des badigeonnages avec une solution iodo-iodurée. En août 1894, symptômes d'ulcère ventriculaire, violentes douleurs

stomacales, sensibilité à la pression sur le pylore, hyperacidité, vomissements.

Le malade alla consulter un spécialiste pour les affections de l'estomac qui diagnostiqua aussi un ulcère ventriculaire et le renvoya amélioré mais non guéri. Le malade continua à maigrir. Ni sucre ni albumine. Poumon sain. Pas de fièvre.

En 1897, catarrhe diffus des bronches avec crachats de mucus desséchés; ce mal résistant à toute médication le malade séjourna plusieurs mois dans la Forêt Noire.

Quand il revint, le catarrhe bronchial persistait, les maux d'estomac étaient atténués, mais il existait de l'emphysème pulmonaire et un affaiblissement du bruit respiratoire.

Petit à petit, la difficulté de la respiration s'accrut. Larynx normal.

Diagnostic : sténose de la bronche gauche, due vraisemblablement à une tumeur médiastinale. La spécificité étant exclue, il s'agissait d'un sarcome ou d'une tuberculose des glandes bronchiales. L'embarras respiratoire s'accusait toujours en même temps que le malade dépérissait et au commencement d'octobre 1899 on remarqua deux phénomènes singuliers. Lorsque le malade étouffait en avant il était obligé de se reposer après avoir mangé pour retrouver sa respiration, et en même temps il éprouvait des douleurs lancinantes dans les extrémités inférieures.

Le malade succomba étouffé dans la nuit du 3 au 4 novembre.

A l'autopsie, les poumons sont emphysemateux, la muqueuse des bronches fortement hyperémiee et un peu relâchée.

On reconnut que l'origine de l'affection provenait d'un anévrisme de l'aorte descendante.

7. LENZMANN. — Traitement consécutif à l'opération des sinusites frontales et maxillaires chroniques. — Ce traitement est parfois très long et l'auteur a cherché à l'abrégé.

Il a réussi à guérir en deux à trois semaines cinq suppurations de l'antre d'Highmore et deux sinusites frontales.

Après avoir sous-chloroformisation perforé la cavité suppurante et enlevé le pus, L. introduit de la vapeur d'eau selon le procédé employé dans certaines formes d'endométrite.

Cette vapeur d'eau enfermée dans un récipient (qu'on se procure à Berlin et à Danzig) a une température de 105 à 112°. On l'introduit à l'aide d'une sonde pendant un laps de temps variant de 10 à 20 secondes, après avoir entouré de gaze ou d'ouate la région environnante afin de recueillir le liquide qui pourrait s'échapper.

La vapeur pénètre dans tous les coins de la cavité, agit sur le pus et, au bout de quelques jours, on observe la cicatrisation de la membrane.

L'opération est pratiquée sous le chloroforme et on maintient pendant quelques jours la plaie béante pour effectuer des lavages à l'eau salée stérilisée.

Les résultats sont excellents.

Discussion.

HOPMANN considère ce moyen comme une épreuve, mais il croit que la plupart des empyèmes chroniques résisteraient à la vapeur.

RÖPKE dit que ce procédé ne saurait s'appliquer aux cas compliqués de suppurations des cellules ethmoïdales.

LENZMANN n'entend pas substituer cette méthode à l'opération radicale qui est absolument nécessaire dans les cas de complications du côté des cellules ethmoïdales, mais il pense que son procédé peut souvent éviter une intervention radicale.

KELLER demande à L. s'il n'a pas observé de réaction consécutive telle qu'une tuméfaction de la joue.

MOLL rapporte une observation concernant les relations du nez et de l'appareil génital féminin. Une malade atteinte d'un empyème invétéré fut traitée par des lavages au formaldéhyde à travers l'alvéole et semblait presque guérie. Subitement le liquide se troubla, devint purulent et répandit une odeur fétide. Au bout de 10 jours les lavages firent disparaître ces accidents qui récidivèrent trois semaines après. On s'aperçut alors que ces troubles coïncidaient toujours avec la menstruation. C'est l'unique fait de ce genre que Moll ait observé.

8. SCHMIDTHUYSEN. — **Gros tuberculome naso-pharyngien avec nécrose de portions du sphénoïde et de l'occiput.** — Serrurier de 45 ans ne présentant ni syphilis, ni tares héréditaires et père de cinq enfants bien portants.

Refroidissement deux ans auparavant suivi de raucité et de troubles de la déglutition. Respiration nasale pénible. Maux de tête empêchant le sommeil et toute occupation. Écoulement fétide naso-pharyngien. A l'examen on découvre, sur la paroi postérieure du pharynx, une tumeur d'un rouge sombre avec intégrité de la muqueuse, remplissant le cavum et comprimant les choanes. Il restait une fente entre la tumeur et les deux parois laryngées latérales. La portion linguale de la muqueuse pharyngienne était

normale. Epaissement de la partie inférieure jusqu'à l'orifice cesophagien.

En relevant le voile palatin on fait sourdre du pus et on voit une gouttière malpropre, divisant la portion inférieure de la tumeur en deux moitiés égales.

Craignant un sarcome ou un cancer, le malade fut adressé au Prof. Bardenheuer qui ordonna de l'iode. A l'examen histologique, on trouva des cellules géantes et des bacilles tuberculeux.

S. rasa la tumeur à sa partie supérieure sans provoquer d'hémorragie importante, mais une surprise l'attendait. Dans la gouttière supérieure se trouvait une masse noire et la sonde pénétrait dans une cavité renfermant des os. Introduction à travers le nez d'une curette qui pénétra dans le sinus sphénoïdal et ramena des fragments osseux nécrosés. L'auteur diagnostiqua une tuberculose greffée sur un foyer syphilitique osseux et préconisa le traitement spécifique qui réussit tellement mal, qu'on dut l'interrompre.

Trois mois après le malade mourut phthisique.

En dehors de ce cas, S. a encore vu trois autres tuberculomes de la paroi pharyngée postéro-supérieure, mais moins étendus et les malades se rétablirent. Les deux premiers étaient atteints simultanément de tuberculose nasale, le troisième fut adressé à Aix-la-Chapelle pour faire une cure mercurielle par un médecin berlinois, il subit avec succès l'ablation d'une tuberculome pharyngien.

SOCIÉTÉ ROYALE MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES

Séance du 23 Janvier 1900.

C. A. BALLANCE. — Sur la pratique de l'opération mastoïdienne pour la cure de l'otite suppurée chronique et en particulier de l'occlusion immédiate de la cavité osseuse par des greffes épithéliales. — Sir W. DALBY. — Remarques sur les cas à choisir pour l'intervention. — 1^o Les progrès du traitement chirurgical des suppurations du temporal au cours de ces 20 dernières années sont dus : à l'extension des connaissances anatomo-pathologiques et à l'adoption des vrais principes chirurgicaux.

2^o Il est difficile de choisir les cas où l'ouverture complète de l'apophyse est formellement indiquée ; l'expérience fournit la

meilleure sauvegarde contre les risques d'un délai ou l'exécution d'une opération inutile.

3° L'otorrhée chronique ne peut guérir par l'ouverture simple de l'antre.

4° L'opération mastoïdienne totale endommageant la structure tympanique est inapplicable et injustifiée dans les formes aiguës.

Les otorrhées chroniques rebelles sont justiciables de deux interventions.

1° L'opération mastoïdienne complète.

2° L'épithélialisation de la cavité osseuse.

Description des opérations et relations de vingt observations.

Sir W. Dalby s'occupe surtout des cas invétérés au point de vue de l'opération complète avec greffe cutanée qui est absolument nécessaire.

1° Dans les cas de septicémie.

2° Lorsqu'il existe une carie tympanique accompagnée d'accidents.

3° En cas de mastoïdite de date plus ou moins ancienne.

La question est pendante dans certains cas où, bien qu'il existe une carie, on ne voit pas survenir d'accidents ou quand l'otorrhée évolue sans lésion osseuse.

On discute également la nécessité de l'intervention moins complète, mais comprenant le drainage postérieur libre.

Séance du 27 mars 1900.

BOWLESS et A. R. TURNER. — **Rupture de l'œsophage causée par des vomissements.** — M^{me} B., âgée de 62 ans, après s'être purgée avec une pilule d'aloès et de rhubarbe, se trouva indisposée en prenant du lait. Elle vomit quatre ou cinq fois et eut la malencontreuse idée d'absorber un verre d'eau salée. Aussitôt elle fut prise de collapsus grave et de douleurs épigastriques. Sa bonne lui administra de la chlorodyne mais la malade continua à se plaindre de douleurs atroces à la déglutition. A l'arrivée du médecin, elle est plongée dans un collapsus profond ; respiration pénible et douleur au niveau de l'épigastre et de l'épine dorsale qu'elle croyait séparée en deux.

Rétraction et sensibilité de la partie supérieure de l'abdomen avec rigidité du rectum. Les vomissements avaient cessé sitôt

après l'apparition du collapsus. Des stimulants et du laudanum M×V, administrés par la bouche, aggravèrent la situation. On soupçonna une perforation de l'estomac, mais le diagnostic était douteux. La malade sortit du collapsus et obtint une amélioration par des injections hypodermiques de morphine ; on put alors pratiquer un examen plus soigneux. La respiration haletante et rapide gênait l'auscultation mais on reconnut que les bruits cardiaques faisaient défaut et que la poitrine présentait un excès de résonnance. Au bout de six heures, les accidents étaient devenus plutôt thoraciques qu'abdominaux et il n'existait aucune indication pour la laparotomie. La malade fut calmée par la morphine, mais à un moment elle sembla tellement intoxiquée qu'il fallut lui faire prendre du café, du salicylate de caféine et l'électriser pour la tirer du coma. Les douleurs reparurent sitôt qu'elle fut soustraite à l'influence opiacée ; un emphysème du cou avec propagation faciale rapide survint cinq heures avant la mort observée 22 heures et demie après le début de la crise.

Autopsie. — Emphysème des poumons et du cou, surtout à gauche, et pneumo-thorax du même côté ; environ 6 onces de liquide brunâtre dans la plèvre gauche et moins dans la cavité droite. Infiltration d'un liquide analogue dans le médiastin postérieur. Bronches saines ; collapsus à gauche ; ni tubercules, ni adhérences, ni rupture de la plèvre, à un pouce et demi au-dessus du diaphragme on voyait une rupture longitudinale de l'œsophage mesurant $\frac{5}{8}$ de pouce de long et à angles minces, la muqueuse n'était pas décollée ; aucune autre altération.

Les auteurs présentent quelques remarques sur le diagnostic des accidents de ce genre avec les perforations de l'estomac, du duodénum, les ruptures anévrysmales, ou l'angine de poitrine, les intoxications. A propos du traitement chirurgical, ils font allusion aux récentes tentatives de chirurgie médiastinale pratiquées par divers chirurgiens du continent et à la possibilité de dégager l'œsophage dans le médiastin postérieur sans léser aucun organe essentiel. On peut tenter le drainage du médiastin postérieur et la suture de la rupture, mais cette intervention n'a pas grande chance de succès.

Les auteurs ont réuni dans la littérature 16 observations analogues à la leur. Ils croient que ces accidents sont moins rares qu'on ne le suppose, mais que la plupart du temps on ne les reconnaît qu'à l'amphithéâtre.

SAINT-CLAIR THOMSON.

ANALYSES

I. — OREILLES

Affections de l'œil, de l'oreille, du nez et de la gorge chez le nègre, par E. C. ELLETT (*Memphis med. monthly* décembre 1899; *Laryngoscope*, mars 1900).

Le nègre jouit d'une singulière immunité vis-à-vis des inflammations catarrhales, mais il contracte facilement la tuberculose et la syphilis. Ses amygdales sont rarement affectées et il n'a pas de végétations adénoïdes.

Sur les rapports des affections auriculaires avec les autres branches de la médecine, par T. HEIMAN (*Medecyna* 1899, in *Arch. f. Ohrenh.* Bd 49, h. 4, 1900).

Après un court historique de l'otologie, l'auteur s'occupe de l'enseignement de cette spécialité en Russie et se plaint de l'indifférence du public et de nombreux médecins vis-à-vis des lésions auriculaires qu'on soigne presque toujours trop tard étant donné l'importance sociale de l'organe auditif. La mortalité due aux maladies d'oreilles progresse toujours, attendu qu'on reconnaît aujourd'hui la cause réelle de beaucoup d'affections d'origine auriculaire méconnues autrefois. H. a vu deux cas d'épilepsie provoquée par du cérumen. L'auteur s'occupe ensuite des relations de l'otologie avec les influences atmosphériques, les infections rhinopharyngiennes, les troubles de la nutrition, les maladies infectieuses, rénales, génitales, cutanées et nerveuses, l'hérédité, les poisons et diverses professions.

H. conclut qu'il faudrait que tous les médecins possèdent quelques notions élémentaires d'otologie afin de diminuer le nombre des sourds et des sourds-muets. En tout cas dans l'intérêt de ses malades, l'auriste devra toujours être doublé d'un bon clinicien.

Les fibres élastiques de la membrane du tympan, par S. VARAGLIA (*Gazetta degli Ospedali*, n° 118, p. 1234, 1900).

Varaglia montre que les fibres élastiques du tympan existent non seulement dans la partie tendue mais dans la partie flaccide. On peut les diviser en trois ordres.

1° Fibres élastiques rayonnées de volume variable allant surtout du manche du marteau à la périphérie.

2° Fibre élastiques circulaires plus abondantes à la périphérie, diminuant de plus en plus de nombre vers le centre.

3° Fibres élastiques réticulaires beaucoup plus fines que les précédentes, visibles seulement à un très fort grossissement. Elles se portent des fibres rayonnées sur des fibres circulaires unissant les réseaux des deux ordres.

La coloration par l'oxéine donne pour voir ces diverses fibres les meilleurs résultats.

A. F. PLICQUE.

Des bruits d'oreilles par contractions musculaires spasmodiques. — par MOURET (*Rev. de Laryng*, 28 avril 1900).

Il faut, dans le diagnostic des bruits d'oreilles, penser à ces bruits entotiques ; tantôt spasmes des muscles du marteau et de l'étrier, imprimant à la chaîne des mouvements brusques, visibles même à l'otoscope ; tantôt spasmes des dilateurs de la trompe donnant lieu à des résonances fort désagréables.

Tout ces bruits ont pour caractéristique leur intermittence, et surviennent par crises.

Ils peuvent coïncider d'ailleurs avec les bruits dépendant d'une section tympanique etc. et donner le change.

Peu de traitement local ; sauf peut-être les courants continus prolongés ; insister sur l'hydrothérapie ; les bromures, l'arsenic, et la suppression de tout surmenage.

RIPAULT.

Des résultats de l'examen fonctionnel de l'ouïe par la gamme continue, en particulier chez les sourda-muets, par le Prof. BEZOLD (*Münch. med. Woch.* 1900, p. 638).

L'instrument proposé par l'auteur il y a six ans a été grandement modifié et perfectionné depuis par le Prof. Edelmann. Actuellement la gamme commence à C², c'est à dire à un son qui est produit par 16 vibrations doubles, ce qui n'est pas tout à fait l'extrême limite de l'ouïe humaine ; les sons les plus élevés, au contraire, dépassent la limite des sons perceptibles : les trois premières octaves sont produites par des diapasons à poids mobiles ; dix diapasons suffisent et les sons produits sont purs de toute superposition de sons plus élevés ; aussi ne paraissent-ils intenses qu'à très courte distance, ce qui permet d'exclure l'audition de l'oreille non examinée. La partie plus élevée de la gamme est produite par trois tuyaux d'orgue à obturateur mobile à ouverture circulaire, comme dans les sifflets de locomotive, et de grandeur variable à volonté ; le dernier des trois tuyaux est le sifflet de

Galton, dont les sons inférieurs sont dans l'instrument d'Edelmann aussi purs et aussi bien utilisables que l'étaient jusqu'ici les sons de la moitié supérieure seule ; en remontant de plus en plus on arrive à des sons audibles à une distance de plus en plus courte et finalement à un souffle pur sans son perceptible, — la limite des sons perceptibles est dépassée.

A. Schwendt, de Bâle, a trouvé le moyen fort simple de compter les vibrations les plus rapides, à l'aide des figures de sable dans les tubes en verre de Kmidt ; par ce procédé il est possible de l'assurer des vibrations jusqu'à 170.000 vibrations doubles, bien au delà des sons visibles.

La détermination de la limite inférieure de l'ouïe n'a pas été faite jusqu'ici ; il est certain qu'on entend au-dessous de 16 vibrations et l'auteur a pu constater que des sons de *11 doubles vibrations* étaient perçus par trois enfants normaux sur huit, tandis que *12 doubles vibrations* sont accessibles à presque tous les individus à oreille normale, même à un âge plus avancé. La limite supérieure de l'ouïe n'est pas encore bien déterminée, mais il est déjà établi qu'on peut percevoir des sons de 500.000 doubles vibrations.

On a souvent affirmé que l'oreille possédait un pouvoir d'accommodation pour les sons de différentes hauteurs ; mais il est facile de s'assurer que l'oreille perçoit parfaitement et simultanément les deux sons extrêmes, à 12 et à 50.000 vibrations ce qui doit faire rejeter la théorie de l'accommodation.

L'échelle continue permet encore de mesurer la sensibilité de l'ouïe aux intervalles, de voir que cette sensibilité va diminuant de bas en haut, si bien que la distance d'une octave échappe à l'oreille la plus finement musicale dans les régions très élevées.

L'examen de l'oreille malade à l'aide de l'échelle continue a conduit à une foule de données nouvelles qui précisent le diagnostic entre les affections de l'oreille moyenne et celles de l'oreille interne. Il est de notion courante que les altérations, si faibles soient-elles, de la chaîne des osselets et du tympan, affaiblissent la conduction aérienne des sons, tandis que la conduction crânienne augmente ; l'examen à l'échelle continue montre que c'est constamment par la région inférieure que l'ouïe diminue, la deuxième octave grave n'est plus perçue et l'ouïe reparait plus ou moins haut en remontant ; la plus petite perforation du tympan, sans rien de plus, supprime la dernière octave et demie et cela sans exception ; la contraction volontaire du muscle tenseur du tympan agit dans le même sens et dans un cas la suppression due à cette tension était de plus de deux octaves ; c'est

par suite de la prépondérance du tenseur que l'ouïe est raccourcie dans les cas de perforation traumatique du tympan. Il semble donc que la fonction essentielle, unique peut-être, de l'appareil de transmission (tympan, chaîne des osselets) consiste dans la conduction des sons graves.

L'échelle continue permet de faire un pas décisif dans l'étude des fonctions du labyrinthe en confirmant cliniquement l'hypothèse d'Helmholtz d'après laquelle chaque son répondrait dans l'oreille interne à un résonateur spécial, en permettant de préciser l'étude des flots auditifs conservés chez des sourds et des sourds-muets. U. a soumis à un examen complet 79 sourds-muets en 1893 et 59 individus en 1898 ; 71 % du chiffre total possédaient un pouvoir auditif plus ou moins étendu et des tables présentent les résultats de chaque examen ; au point de vue pratique, il est commode de diviser les sourds-muets en six groupes : *Groupe I*, le pouvoir auditif ne s'étend qu'à des flots qui comprennent au plus trois octaves et se réduisent à quelques demi-tons ; les flots se distribuent assez également sur toute la hauteur de l'échelle ; le groupe I compte 18,4 % du nombre total. *Groupe II* comprend les organes auditifs chez lesquels on constate les solutions de continuité dans une série plus ou moins longue de sons perçus. Dans la plupart des cas, le trou est unique dans une octave quelconque, rarement on trouve un trou double (4 fois sur 20 cas de ce genre). d'autres auteurs ont constaté des trous plus nombreux, ce qui est exceptionnel. *Groupe III* comprend un seul organe auditif dans lequel toute la moitié supérieure de l'échelle manque. *Groupe IV*, il manque des fragments plus ou moins longs aussi bien dans l'échelle supérieure que dans l'échelle inférieure. *Groupe V*, les défauts n'existent qu'en bas de l'échelle ; ces deux derniers groupes comprennent 5,7 % et 11,4 % des cas. *Groupe VI*, défauts insignifiants dans la partie supérieure et échelle complète ou peu s'en faut dans sa partie inférieure — 22,8 %.

Ces observations ont été confirmées par un certain nombre d'auristes et elles sont toutes en faveur de la théorie d'Helmholtz, c'est-à-dire que les différents organes de perception des sons se trouvent disposés dans un ordre diatonique : rien ne fait penser à un autre ordre possible ; ainsi par exemple on ne trouve jamais un même son disparu dans une série d'octaves ; les théories de Voltolini et de Kundt sont absolument contredites par l'existence des trous.

Au point de vue de l'éducation des sourds-muets il est important de savoir que la partie de l'échelle comprise entre b' et g''

est seule suffisante et indispensable à la perception de la parole : 39 $\frac{0}{10}$ des sourds-muets sont dans ce cas.

La conséquence de ces faits nouvellement établis est déjà la création d'écoles spéciales pour les sourds-muets qui entendent. Cet enseignement fonctionne depuis trois ans en Bavière et les résultats ont dépassé les espérances; les élèves ainsi éduqués sont d'autres enfants et d'autres hommes, plus complets, plus heureux que ceux qui restent incapables d'entendre la parole comme tout le monde.

M. N. W.

Sur l'otalgie nerveuse, par SPIRA (*Przegląd Lekarski*, Nos 11-12, 1899, in *Arch. f. Ohrenh.* Bd 49, h. 1. 1900).

Chez un enfant souffrant depuis plusieurs jours de maux de dents et d'oreille sans le moindre symptôme subjectif du côté du pharynx, S. trouve les dents et l'organe auditif normaux, mais le pharynx et le larynx étaient atteints d'une diphtérie si étendue que malgré l'injection immédiate de sérum antidiphtérique la dyspnée persista si accentuée qu'il fallut pratiquer le tubage.

Contribution à la pathogénie des surdités aiguës, par B. BAGINSKY (*Arch. f. Kinderheilk.* Bd 28, h. 1, n. 2; in *Münch. Med. Woch.*, 13 mars 1900).

Fillette de 13 ans amenée à l'hôpital pour des accidents subits consistant en douleurs occipitales, raideur du cou, troubles digestifs et surdité progressive. La malade guérit en un mois, mais elle était complètement sourde et le demeura jusqu'à sa mort provoquée trois mois plus tard par un furoncle malin de la lèvre supérieure. A l'autopsie, on détacha les organes auditifs pour les examiner au microscope. On trouva une endostéite ossifiante labyrinthique bilatérale avec formation de tissu conjonctif et osseux.

Manifestations auriculaires de l'hystérie, par BOLAND (Société belge d'otologie et de laryngologie, 19 juin 1898).

La littérature traitant ce sujet est très considérable, mais il est bien des points, même très importants, sur lesquels il existe des opinions contradictoires. Ainsi on voit Pitres s'inscrire en faux contre les affirmations absolues de Walton et Sollier, que le degré de surdité correspond à celui de l'anesthésie. Il existe les mêmes contradictions sur la question des bourdonnements, etc..

Comme symptôme objectif, on a signalé les hémorrhagies légères par le conduit, sans lésions appréciables ; les uns le disent sans rapport avec l'écoulement menstruel, les autres les ont toujours vues précéder de peu ou remplacer les menstrues. Comme phénomènes subjectifs, on peut signaler les bourdonnements, les vertiges, les hallucinations, la surdité. En général, il n'y a pas de caractères les distinguant nettement des mêmes symptômes dus à d'autres maladies, cependant la variabilité du degré de la surdité dans des limites notables et à des moments rapprochés indiquerait une origine hystérique ; de même une surdité unilatérale considérable ne détruisant pas l'orientation.

Les pressions centripètes de Gellé donnent dans la surdité hystérique les mêmes résultats que ceux qu'on obtient dans les oreilles normales au point de vue de la synergie entre les muscles des deux côtés (réflexes binauriculaires). Le phénomène du transfert appartient aussi en propre à l'hystérie.

Pour ce qui est de l'étiologie, on peut incriminer tous les chocs d'ordre moral et d'ordre physique, tout ce qui diminue l'énergie mentale, les traumatismes surtout chez les hommes.

Le diagnostic n'est pas toujours facile si les troubles auditifs ne sont pas accompagnés d'autres symptômes, rendant probable l'existence de l'hystérie. Bien des cas de maladie de Ménière, ou rattachés à l'épilepsie, appartiennent à l'hystérie.

Le traitement est psychique. On frappera l'imagination par la mise en œuvre des procédés les plus variés (électricité, métallothérapie, etc.) ; on agira par suggestion directe, on fortifiera la volonté débile du patient.

GEORGES LAURENS.

Quelques manifestations oculaires et auriculaires de l'hystérie,
par H. GIFFORD (*Western med. review*, 15 novembre 1899 ; in
Laryngoscope, Juillet 1900).

1^o Jeune fille de 18 ans absolument sourde bien que les oreilles fussent objectivement normales. Elle perdit l'ouïe à la suite d'une amygdalite ; elle eut une syncope, sentit un craquement dans la gorge et lorsqu'elle recouvra ses sens, l'audition était abolie. Elle eut quelques jours après une nouvelle atteinte d'amygdalite avec les mêmes phénomènes et l'ouïe redevint normale.

2^o Malade de 24 ans, ayant des oreilles normales, rapporte qu'il a complètement perdu la faculté auditive. La surdité fut soignée durant quatre jours avec succès par la pilocarpine, puis la guérison fut complétée par des séances de magnétisme. Le malade avait l'habitude de s'amuser à simuler la surdité, aussi lorsque l'audi-

tion commença à s'altérer, l'hystérie provoqua sa suppression totale.

L'audition des aliénés, par W. E. LARIONOW (Med. Obozr. décembre 1899, in *Arch. f. Ohrenh.* Bd 49, h. 1, 1900).

Tous les aliénistes savent que les bruits subjectifs d'origine auriculaire sont fréquemment cause d'hallucinations auditives et l'auteur a vérifié ce fait sur 20 malades de la Clinique Psychiatrique de Bechterff. Epreuve de l'ouïe les yeux fermés avec la montre et le diapason. La plupart des sujets étaient porteurs de catarrhes chroniques des trompes et de l'oreille moyenne et cinq d'entre eux avaient des bouchons cérumineux ; 12 étaient atteints d'hallucinations auditives qui guérissent après la disparition des otites ; aussi L. recommande-t-il d'examiner soigneusement les oreilles des aliénés, la cessation de l'affection locale pouvant exercer une influence favorable sur l'amélioration de l'état général.

NÉCROLOGIE

STEINBRUGGE

Le Prof. H. STEINBRÜGGE, qui enseignait l'otologie à Giessen, a succombé le 21 août dernier à l'âge de 70 ans.

J. G. MORRISON

Le *New-York medical record* annonce la mort du Dr MORRISON, décédé le 13 septembre à Saint-John N. B. à l'âge de 47 ans. En 1886, il alla étudier l'otologie avec POLITZER et la laryngologie avec Sir MORRELL MACKENZIE. Etant à Londres, il subit une opération pour une carie du sinus sphénoïdal, au cours de laquelle une artère ophtalmique fut lésée et un anévrisme mit ses jours en danger. Pour le sauver on pratiqua la ligature des carotides et MORRISON fut un des rares exemples de survie à cette intervention. De retour au Canada, en 1892, M. s'établit dans sa ville natale et y exerça avec succès.

P. ELSNER

Le Prof. SCHWARTZ annonce dans l'*Archiv. für Ohrenheilkunde* la mort du Dr P. ELSNER, décédé le 14 juin à l'âge de 65 ans ; il avait publié un travail sur l'éducation des sourds-muets et appartenait à la réunion restreinte de médecins qui se consacrèrent pendant le semestre d'hiver 1860-61, à Berlin, à l'étude de l'otologie.

NOUVELLES

Nous avons le plaisir d'informer nos lecteurs que, par arrêté du 12 octobre, notre collaborateur et ami, le Prof. SCHIFFERS a été promu *Professeur ordinaire* à la Faculté de Médecine de l'Université de Liège, en conservant la direction des clinique et polyclinique oto-rhino-laryngologiques.

Prix Billoux.

Le jury est composé de MM. GOUVERNHEIM, LERMOYER, SÉRILEAU, JOSIAS et GUINARD.

Le Dr O. PIVL a été nommé docent d'oto-rhinologie à l'Université allemande de Prague.

Au dernier concours d'agrégation du Val de Grâce, le Dr R. BERNARD, qui a publié dans les *Annales* un mémoire en août dernier, a été nommé agrégé de médecine et le Dr JACOB qui, en collaboration avec le Dr SIKER, nous a donné un important ouvrage sur l'anatomie des fosses nasales et des sinus, a été reçu agrégé de chirurgie.

Nous lisons dans la *Münchener med. Wochenschrift* que S. A. le duc Jean Albrecht de Mecklembourg a reçu le 8 septembre dernier une délégation de la *Société allemande d'otologie* chargée de lui remettre une adresse de remerciements au sujet de la fondation de la première chaire ordinaire d'otologie dans une Université allemande. (ROSSOCK)

Les *Archiv. für Ohrenheilkunde* nous fournissent des renseignements complets au sujet de la nouvelle clinique otologique dirigée par le Prof. TRAUTMANN, qui a été inaugurée le 4 mai dernier à la Charité de Berlin.

C'est une construction à deux étages qui renferme aussi la clinique rhino-laryngologique. Au rez-de-chaussée, on trouve la consultation et la salle de cours.

Les bâtiments de la Polyclinique comprennent une salle d'attente, des salles d'opération, un cabinet réservé aux épreuves auditives et une chambre noire. La pièce principale contient les instruments, les appareils électriques et les objets de pansement. Toutes les chambres possèdent des toilettes avec eau froide ou chaude à volonté. Les parquets sont recouverts de linoléum. Les murs sont peints à l'huile. La ventilation est parfaite. Eclairage électrique. Chauffage à l'eau chaude.

La salle de cours éclairée par trois grandes fenêtres peut recevoir 64 auditeurs; elle s'éclaire parfaitement au moyen de deux grosses lampes électriques munies de réflecteurs.

Au sous sol une salle est réservée aux collections anatomiques.

Les chambres de malades sont situées au levant, au second étage; elles sont élevées de plafond, claires, bien ventilées, éclairées à l'électricité.

Pour les femmes et les enfants jusqu'à 12 ans, il y a une salle de 7 lits et une chambre à 2 lits. Les hommes ont une salle de 6 lits et une chambre à 2 lits, de sorte qu'on ne peut recevoir que 17 malades et que leur entretien revient fort cher à l'État. Les salles sont aménagées de façon à pouvoir recevoir, en cas de besoin, 8 lits supplémentaires. La garde est assurée par deux religieuses pour les femmes et deux in-

firmeries pour les hommes. Chaque service est pourvu d'un water-closet avec chasse d'eau, d'un cabinet de bains et d'une installation électrique.

On trouve encore au deuxième étage une salle d'opérations, un cabinet de travail et le bureau du directeur. La salle d'opérations est aménagée de façon à être complètement stérilisée.

Dans le cabinet de travail on a dressé 5 tables garnies de tous les appareils nécessaires aux examens microscopiques et bactériologiques.

Le bureau du directeur est une pièce à une croisée avec une bibliothèque, un pendoir, une table, trois chaises, un canapé, un lavabo. Il est éclairé à l'électricité et communique par le téléphone avec la polyclinique et le concierge.

Deux assistants et la supérieure habitent l'étage supérieur.

On va construire à Breslau une clinique otologique de 25 lits.

Nous lisons dans la *Revista de Especialidades medicas*, publiée par le Dr FORNS, que les étudiants madrilènes ne sont pas tenus de suivre des cours de spécialité, pourtant l'*Oto-rhino-laryngologie* est enseignée à la Faculté de Médecine par le Dr J. CISNEROS, médecin des hôpitaux de Madrid, qui fait un cours libre sans rétribution officielle.

Le Conseil de King's College a élu notre collaborateur, le Dr SAINT-CLAIR-THOMSON, assistant pour les maladies de la gorge, à l'hôpital de King's College, à Londres.

La maison Fischer, d'Iéna, va publier un *Manuel de l'histoire de la médecine*, qui paraîtra en 10 fascicules. Le Prof. POLITZER, de Vienne, s'est chargé d'écrire l'histoire de l'otologie et le Prof. P. HEYMANN, de Berlin, rédigera l'histoire de la laryngologie et de la rhinologie.

Le Dr FORNS, avec le concours du Prof. GRANNELL, sous-directeur de l'Institution nationale des sourds-muets, ouvrira le 15 novembre, à Madrid, un Institut orthophonique pour corriger la surdi-mutité et les vices de prononciation et instruire les sourds-muets par des exercices acoustiques progressifs.

Ce traitement spécial sera appliqué de novembre à mai.

L'Association française de chirurgie a tenu sa XIV^e session, du 21 au 26 octobre, à la Faculté de Médecine de Paris.

Nous trouvons à l'ordre du jour :

Malherbe (Paris). Nouveau procédé pour l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle. — *Pénaire* (Paris). Note sur 2000 anesthésies générales par le chloroforme. — *Bousquet* (Clermont-Ferrand). Quelques observations de traumatismes crâniens ayant nécessité une intervention chirurgicale. — *Vidal* (Périgueux). Epilepsie généralisée Hémicrâniectomie; tumeurs fibreuses de la dure mère; ablation. Guérison opératoire et thérapeutique. — *Peugniez* (Amiens). De l'intervention crânienne décompressive dans l'épilepsie traumatique. — *Villar* (Bordeaux). Des procédés opératoires pour l'extirpation du ganglion de Gasser. — *Suarez de Mendoza* (Paris). Trépanation mastoïdienne, ses modalités opératoires. — *Laurens* (Paris). Abscès extra-dural avec pachyméningite d'origine otique; évidemment du rocher, guérison. — *Masse* (Bordeaux). Kyste de la bulle ethmoïdale. — *Morestin* (Paris). Traitement du cancer de la langue. — *Girard* (Berne). De l'uranos-

taphlorraphie. — *Moure* (Bordeaux). Sur quelques cas de chirurgie trachéo-laryngée. — *Claude Martin* (Lyon). Présentation d'un larynx artificiel appliqué après la laryngotomie totale et permettant la phonation et la déglutition.

Le docteur GORDON KING (de la Nouvelle-Orléans) vient d'être nommé professeur titulaire d'otologie, de rhinologie et de laryngologie à la Nouvelle-Orléans (Polyclinic. School. of Medicine).

XIV^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

(Madrid, avril 1903.)

A la prière de Sir FELIX SEMON et sur sa proposition transmise par le Dr ROQUER CASADESUS, au Professeur CALLEJA, le Comité d'organisation du Congrès a décidé que la section XI comprendrait deux subdivisions :
a) Otologie. Président : D. JUAN CISNEROS ; secrétaire : D. RAFAEL FORNS.
— b) Rhino-laryngologie. Président : D. EUSTABIO URUNUELA ; secrétaire : D. CELESTINO COMPAIRED.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BOMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 15 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à soupe contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉRER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS.

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

SIROIS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Beiträge zur Kenntniss der Lepra der oberen Luftwege und der Verbreitung der Leprabacillen (Contributions à l'étude de la lèpre des voies aériennes supérieures et à la propagation des bacilles lépreux), par P. H. GERDER (Tiré à part de l'*Archiv. f. Laryngol.*, Bd. XII, h. 1, 1901).

Calcolo della tonsilla palatina sinistra (Calcul de l'amygdale palatine gauche), par E. GUARNACCIA (Extrait de la *Rassegna intern. della med. moderna*, n° 17, 1901).

I. La dissection du naso-pharynx. — II. Contribution à l'étude du traitement endo-laryngé du cancer du larynx, par M. SCHRIER (Extraits des *Arch. intern. de lar. otol. et rhin.*, septembre-octobre 1899 et mars avril 1901).

Lysoformlösung zur Verhütung des Anlaufens der kelkspiegel (Solution de lysoforme pour empêcher la ternissure du miroir laryngien), par J. ARNHEIM (Tiré à part de l'*Allgem. med. central zeitung*, n° 47, 1901).

Ueber den therapeutischen Werth der Vibrations massage des Trommelfells (Sur la valeur thérapeutique du massage vibratoire du tympan), par SCHWARACH (Tiré à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, Bd. XXXIX, h. 2, 1901).

Primary pharyngeal and laryngeal tuberculosis, two cases cured (Deux cas de guérison de tuberculose pharyngo-laryngienne), primitive par J. W. GLEITSMANN (Extrait du *Journ. of Tuberculosis*, avril 1901).

Sur un cas d'angine éroso-membraneuse tenace et envahissante avec quelques considérations bactériologiques, par C. J. KÖNIG (Broch. de 8 pages, Impr. Rahon, Sedan, 1901).

Ein Fall durch Operation geheiltem otitischen Hirnabscess (Un cas d'abcès cérébral otitique guéri par une opération), par O. PIFIL (Tiré à part de la *Wiener klin. Woch.*, n° 16, 1901).

International Directory of Laryngologists and Otolologists containing names and addresses of Practitioners engaged in the Study and practice of Otolology and Laryngology (Répertoire international des laryngologistes et otologistes, contenant les noms et adresses des praticiens adonnés à l'étude et à la pratique oto-laryngologique), rédigé par R. LAKE (2^e édition, revue et augmentée, prix 5 shelling, Rebman Ld, éditeur, Londres, 1901).

Sopra un segno tracheoscopico dei corpi stranieri nell'esofago (Sur un signe trachéoscopique des corps étrangers de l'œsophage), par C. POLI (Extrait du *Boll. della R. accad. med. di Genova*, n° IV, 1901).

I pro gressi della Otologia nel secolo XIX (Les progrès de l'otologie au XIX^e siècle), par C. POLI (Introduction au cours libre d'oto-rhino-laryngologie, Gênes, 1901).

XIII^e Congrès International de médecine, Paris, 1900. — Section d'anatomie pathologique. Comptes rendus publiés par M. LETULLE. — Section de bactériologie et parasitologie. Comptes rendus publiés par R. BLANCHARD. — Section de médecine légale. Comptes rendus publiés par MOTET. — Section d'obstétrique. Comptes rendus publiés par BAR et CHAMPEYER DE RIDES. — Section de gynécologie. Comptes rendus publiés par H. HARTMANN (3 volumes in-8°, prix 5 francs chaque, Masson et C^{ie} éditeurs, Paris, 1901).

Atlas der krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes (Atlas des maladies du nez, des sinus et du rhino-pharynx), par P. H. GERBER (4^e fascicule, prix 6 mk. S. Karger, éditeur, Berlin, 1901).

Medicinischer Lager katalog der Hirschwald'schen Buchhandlung in Berlin. III. Hals und Nasenkrankheiten (Catalogue des livres de médecine de la maison Hirschwald de Berlin. III. Maladies de la gorge et du nez) (Berlin, 1901).

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

A. GOUGUENHEIM

— 1839-1901 —

Né à Metz le 9 janvier 1839, A. Gouguenheim fit ses études à Paris, au lycée Charlemagne.

Il commença la médecine en 1857. Interne provisoire en 1860, il acquit le titre d'interne titulaire en 1861.

En 1866, sa dissertation inaugurale sur les anévrismes des artères du cerveau, fut honorée d'une médaille d'argent, distinction exceptionnelle à cette époque et dont furent seules jugées dignes quatre thèses dans l'année. Ce travail, d'ailleurs, est devenu classique.

Sa nomination au poste de médecin du Conservatoire de musique et de déclamation en 1873, lui inspira l'idée de se consacrer d'une façon plus exclusive à l'étude de la laryngologie. Médecin des hôpitaux après le concours de 1877, il alla étudier la spécialité à la clinique de Fauvel. Titulaire d'un service à l'hôpital de Lourcine, deux années plus tard, il publia un travail très remarqué sur la syphilis secondaire du larynx.

En 1882, il passa à l'hôpital Bichat, où fut organisée par ses soins une consultation de laryngologie.

En 1887, son tour de roulement lui fit confier la direction de la clinique laryngologique fondée à l'hôpital Lariboisière, par Isambert, et continuée par MM. Raynaud et Proust. On sait quelle impulsion Gouguenheim sut donner à l'enseignement de la laryngologie dans les hôpitaux. Médecin, mais toujours au courant des idées

nouvelles, il n'hésita pas à encourager les tendances qui entraînent de plus en plus la spécialité vers la chirurgie. En 1899, un assistant fut adjoint au service. Durant de longues années, les conférences cliniques de Gouguenheim à l'hôpital Lariboisière attirèrent de nombreux médecins français et étrangers, dont beaucoup sont devenus des maîtres.

En qualité de médecin du Conservatoire, Gouguenheim professa en 1893, dans cet établissement, un cours de physiologie et d'hygiène de la voix qui, publié d'abord dans un journal *La Voix parlée et chantée*, fut ensuite présenté sous forme de volume.

Il n'existait pas à Paris, ni dans les hôpitaux, ni à la Faculté, d'enseignement officiel de la laryngologie. La clinique de Lariboisière fut seule à combler cette lacune pendant de longues années, et l'on peut dire que le maître qui la dirigeait contribua pour une très large part à la diffusion de ces connaissances spéciales qui n'avaient semblé rien être durant longtemps que l'apanage de quelques-uns.

Nous donnons ci-après la liste des travaux du Docteur Gouguenheim ⁽¹⁾ :

1° Œdème de la glotte (Congrès de Milan, 1880). — 2° Syphilis secondaire du larynx (Ibid). — 3° Spasme de la glotte d'origine hystérique (Congrès de Reims, 1880). — 4° Pathologie générale des laryngites (France médic., 1881). — 5° De l'œdème de la glotte (Ib., 1881). — 6° Laryngite syphilitique tertiaire (Ib., 1881). — 7° Laryngite syphilitique secondaire (Gazette des hôpitaux, 1881). — 8° De l'adénopathie péri-trachéo-laryngienne (Comptes rendus de l'Académie de

⁽¹⁾ Nous empruntons une grande partie de cette nomenclature au numéro de juin 1896 de la *Revue internationale de Rhinologie, Otologie et Laryngologie*, publiée par le Dr Natier.

méd., 1883). — 9° *Des névroses du larynx* (Progrès médical, 1883). — 10° *Hyperesthésie et spasme du larynx* (Ib., 1883). — 11° *Des indications de la trachéotomie dans la tuberculose laryngée* (Congrès de Rouen, 1883). — 12° *Aphonie nerveuse chez un tuberculeux; écartement permanent des cordes vocales inférieures* (Ann. des mal. de l'oreille et du larynx, 1883). — 13° *Trois faits d'œdème de la glotte: deux dans le cours d'une phtisie aiguë et un dans celui d'une phtisie chronique* (Ib., 1883). — 14° *De l'œdème des replis aryépiglottiques, surtout dans les maladies chroniques du larynx.* — 15° *Tuberculose du larynx* (Congrès de Copenhague, 1884). — 16° *De l'œdème laryngien dans la tuberculose du larynx* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1884). — 17° *Ganglions trachéo-laryngiens* (Revue méd. franç. et étrangère, 1884). — 18° *Du traitement local de la tuberculose laryngienne* (Bulletin de thérapeutique, 1884). — 19° *De la physiologie de la voix et du chant* [En collaboration avec Lermoyez] (Paris, 1885). — 20° *De la caféine dans la phtisie pulmonaire* (Soc. franç. d'Otologie et de Laryngol., 1885). — 21° *Rétrécissement syphilitique de la trachée* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1886). — 22° *Quelques réflexions à propos de l'affection dite paralysie des dilateurs de la glotte, d'après un cas de cette affection* (Ib., 1886). — 23° *Traitement de la laryngite aiguë* (Moniteur thérapeut., 1886). — 24° *Un cas de paralysie dite des crico-aryténoïdiens postérieurs. Trachéotomie. Tuberculose pulmonaire consécutive, etc.* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1886). — 25° *Kyste de la région sous-hyoidienne; déviation du larynx, troubles de la voix et de la respiration* (Ib., 1888). — 26° *De la phtisie laryngée pseudo-polypeuse* (Ib., 1888). — 27° *Syphilis et tuberculose laryngées; diagnostic des formes associées* (Revue génér. de clin. et de therap., 1888). — 28° *Phtisie laryngée* [En collaboration avec Tissier], in-8 339 p. (Paris, 1888). — 29° *Deux cas intéressants à la clinique de Laryngologie de l'hôpital Lariboisière* (Amer. laryngol. assoc., 1888). — 30° *Cancer du larynx; trachéotomie; propagation à la glande thyroïde; tumeur énorme du cou autour de la plaie, application d'une canule très longue à moitié inférieure mobile; mort; autopsie* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1888). — 31° *Gomme du pharynx. Présentation d'instruments. Papillome et tuberculose au larynx* (Congrès internat. d'Otologie, Paris 1889). — 32° *Un cas de laryngite tuberculeuse primitive pseudo-polypeuse; structure papillomateuse des tumeurs, etc.* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1889). — 33° *Ablation du larynx* (Soc. de chirurgie, 1889). — 34° *Rétrécissement cicatriciel du larynx d'origine syphilitique; etc.* (Ib., 1889). — 35° *Traitement des inflammations de l'isthme du gosier, par l'administration du salol* (Ib., 1889). — 36° *Prolapsus du ventricule de Morgagni et tuberculose du larynx* (Ib., 1889). — 37° *Papillome et tuberculose du larynx* (Ib., 1889). — 38° *Des abcès chauds de la cloison nasale et d'une déformation nasale concomitante et définitive* (X^e Congrès internat., Berlin 1890). — 39° *De la laryngite tuberculeuse à forme scléreuse et végétante* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1890). — 40° *Corps étrangers du larynx* (Soc. de laryngol. de Paris, 1891). — 41° *Deux cas de syphilis laryngée* (Gaz. des hôp., 1891). — 42° *Epithélioma de la corde vocale supérieure, Extirpation endo-laryngienne, etc.* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1891). — 43° *Cours clinique de laryngologie et de rhinologie à l'hôpital de Lariboisière, technique laryngologique* (Ann. de méd., 1892). — 44° *Des végétations adénoïdes* (Gaz. des

hóp., 1892). — 45° *Des sténoses du larynx chez les tuberculeux* (Union méd., 1892). — 46° *Cancer du larynx* (Sem. méd., 1892). — 47° *De la laryngite tertiaire* (Union méd., 1892). — 48° *Hyperkinésies du larynx* (Ann. de méd., 1892). — 49° *Paralysie des muscles dilateurs de la glotte* (Ib., 1892). — 50° *Des tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1893). — 51° *Paralysies isolées des muscles du larynx* (Ann. de méd., 1893). — 52° *Traitement des paralysies du larynx* (Ib., 1893). — 53° *Abcès péri-laryngé d'origine vertébrale* (Soc. belge d'Otologie et de Laryngologie, 1893). — 54° *Sur l'oblitération congénitale osseuse des choanes* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1894). — 55° *Amygdalites aiguës* (Gaz. méd. de Paris, 1894). — 56° *Des abcès rétro-pharyngiens* (Ib., 1894). — 57° *Indications et moyens de traitement locaux dans la tuberculose laryngée* (XI^e Congrès inter. de méd., Rome, 1894). — 58° *Des abcès péri-amygdaux* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1894). — 59° *Phlegmons péri-amygdaux ou extra-amygdaux* (Soc. méd. des hóp., 1894). — 60° *Traitement chirurgical de la phthisie laryngée* (Revue de laryngol., otol. et rhinol., 1894). — 61° *Un nouveau perforateur du bord alvéolaire du sinus maxillaire* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1894). — 62° *Atlas de laryngologie et de rhinologie* (Paris, 1894). — 63° *Déviation de la cloison du nez* (Sem. méd., 1895). — 64° *La diphtérie de l'adulte à l'hôpital de Lariboisière* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1895). — 65° *Perforation de la cloison du nez* (Sem. méd., 1895). — 66° *Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du voile du palais* [En collaboration avec Ripault] (Ann. des mal. de l'or., etc., 1896). — 67° *Séquestres énormes de la fosse nasale gauche. Syphilis antérieure. Impossibilité d'extraction de ces séquestres par les voies naturelles et après l'opération de Rouge. Opération d'Ollier. Extraction immédiate de deux gros séquestres. Guérison* [En collaboration avec Rochard] (Ann. des mal. de l'or., etc., 1896). — 68° *Un cas de crise laryngée chez un tabétique* [En collaboration avec Plicque] (Ann. des mal. de l'or., etc., 1896). — 69° *Des abcès chauds de la cloison nasale* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1897). — 70° *Statistique des opérations faites à la consultation des maladies du larynx et du nez à l'hôpital Lariboisière en 1896* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1897). — 71° *Traitement chirurgical du lupus du larynx* [En collaboration avec Guinard] (Ann. des mal. de l'or., etc., 1897). — 72° *La diphtérie en 1897 au pavillon Davaine (hôpital Lariboisière). Bacilles courts et bacilles longs* [En collaboration avec Dutertre] (Ann. des mal. de l'or., etc., 1898). — 73° *Corps étranger des voies aériennes. Extraction par la trachéotomie. Guérison.* — 74° *De l'électrolyse interstitielle cuprique dans l'ozène.* — 75° *Epithélioma du larynx* [Ces trois derniers articles en collaboration avec E. Lombard] (Ann. des mal. de l'or., etc., 1898). — 76° *Abcès d'origine traumatique de la cloison nasale.* — 77° *Statistique de la clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles à l'hôpital Lariboisière pendant l'année 1898 et le premier semestre de 1899* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1899). — 78° *Le Jubilé des Annales* (Ann. des mal. de l'or., etc., 1900).

